# ARCHIVES GÉNÉRALES

## DE MÉDECINE.

Tous les exemplaires qui ne seront pas signés par l'un des Rédacteurs, seront réputés contrefaits.



# ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

# MÉDECINE;

## JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

2.me ANNÉE. — TOME VI.

SEPTEMBRE 1824.



A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, N.° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, N.°

1824.

# COLLABORATEURS DES ARCHIVES.

---

Les Auteurs qui jusques ici ont fourni des travaux aux Archives, sont MM. : Andral fils, membre de l'Acad. Roy. de Méd. : Audouin ; Babinet, prof. de physique : Béclard, prof. à la Fac. : Blandin, aide d'Anatomie à la Fac. : Bogros, prosect. à la Fac. : Bouillaud, D.-M. : Bousquet, D.-M. : Breschet, chirurg. en chef des Enfans-Trouvés : J. Cloquet, chirurg. de l'hôpital St.-Louis : H. Cloquet, memb. de l'Acad. : Coster, D.-M. : Cruveilhier, membre de l'Acad. ; Cullerier, chirurg. de l'hôp. des Vénériens : Defermon, D.-M. : Desmoulins, D.-M. : Desormeaux, prof. à la Fac. : Desalle, D.-M. : P. Dubois, chirurg. de la Maison de Santé : Dugès, prosect. à la Fac. ; Dumas : Dumeril, membre de l'Institut ; Dupuytren, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; Edwards, D.-M. : Esquirol, méd. de la Salpêtrière : Ferrus, méd. de la Salpêtrière : Flourens, D.-M. : Fodera, D.-M. Fouquier, prof. à la Fac. : Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut : Georget, memb. de l'Acad. : Gerdy, prosect. à la Fac. : Girard fils, prof. à l'Ecole vétérinaire d'Alfort : Goupil, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Toulouse : Guersent, méd. de l'hôp. des Enfans : de Humboldt, membre de l'Institut : Julia Fontenelle, prof. de chimie : Laennec, prof. à la Fac. : Lagneau, memb. de l'Acad. : Lallemand, prof. à la Faculté de Montpellier ; Lebidois, D.-M. : Lisfranc, chir. du Bureau central des hôp. : Londe, D.-M. : Louis, D.-M. : Martini, D.-M. : Mirault, D.-M. : Ollivier, D.-M. : Orfila, prof. à la Fac. ; Oudet, D.-M.-Dentiste, memb. de l'Acad. : Pinel, membre de l'Institut : Pinel fils, D.-M. : Prevost, D.-M. : Raige-Delorme, D.-M. : Ratier, D.-M. : Rayer, méd. du Bureau central des hôpitaux : Richard, prof. de botanique : Richerand, prof. à la Fac. : Richond, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg ; Roche, D.-M. ; Rochoux, memb. de l'Acad. : Rullier, méd. de Bicêtre : Sanson, chirurgien du Bureau central des hôpitaux : Scoutetten, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Toulouse : Sommé, chirurg. en chef de l'hôpital d'Anvers : Tourrel, D.-M. : Troussel, D.-M. : Vavasseur, D.-M.

Parmi les médecins dont les noms n'ont point encore paru dans le Journal, mais qui se sont engagés à fournir des travaux, nous citerons ceux de MM. Adelon, memb. de l'Acad. : Biett, méd. de l'hôp. Saint-Louis : Chomel, méd. attaché à la Charité : Coutanceau, méd. du Val-de-Grâce : Husson, méd. de l'Hôtel-Dieu : Itard, méd. de l'Institution des sourds-muets : Landré-Beauvais, prof. : Marc, memb. de l'Acad. : Marjolin, prof. : Murat, chirurg. en chef de Bicêtre : Rostan, méd. de la Salpêtrière : Roux, prof. à la Fac. : Serres, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : Velpeau, chef de clinique à la Faculté.

Nous pouvons donc nous flatter que les Archives générales de Médecine, par la position favorable de la plupart des Rédacteurs et par leurs relations étendues en France et dans les pays étrangers, sont devenues le véritable point de réunion de tous les travaux importans sur la théorie et la pratique de la médecine, et que, par la coopération des médecins qui sont à la tête des hôpitaux de Paris et de Province, notre Journal contient ce que la clinique médicale et chirurgicale offre de réellement intéressant.

# MÉMOIRES

ET

# OBSERVATIONS.



*Mémoire sur le cholera-morbus ou* cholera spasmodica, *observé dans l'Inde; par* W. E. E. Conwell, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, chirurgien en chef du port et de la marine de la Résidence de Madras, etc.*

§. 1. On avait connu depuis long-temps à Madras et à Ceylan une espèce de choléra sous le nom de *mort de chien*. Le docteur Good nous apprend, d'après l'autorité de Sonnerat, que le nom de cette maladie, dans l'idiôme des naturels du pays, est *mordezim*, et le P. Paulin (de Saint-Barthélemi) imagine que Sonnerat a transformé ce nom en *mort de chien*; cependant le docteur Good est d'opinion que c'est seulement une corruption de l'expression arabe *mordekie* ou *mordechie*, nom que lui donnent les naturels de l'Inde, qui signifie *le coup de mort*, suivant Golius, *actio inferens mortem*, et de là les synonymes *mot alle*, *mors repentina; mot ghuzib*, *mors violenta*. Mais dans le temps des observations de Curtis, elle était plus généralement connue sous le nom de *mort de chien*; et la considérant comme une nouvelle maladie, il la nomma *cholera spasmodica*. Cette dénomination est maintenant généralement adoptée par les médecins anglais.

L'épidémie du cholera spasmodica parut pour la pre-

mière fois à Jessore, à cent milles environ N. E. de Calcutta, en août 1817; sans être indiquée par aucun état particulier de l'atmosphère ni de la température, l'invasion de la maladie était soudaine, et elle se terminait d'une manière fatale en peu d'heures, si ses progrès n'étaient pas arrêtés par un traitement médical. Le choléra s'étendit de village en village, et la mortalité qu'il occasionna, jointe à la désertion d'une grande partie des habitans effrayés, réduisirent presque en déserts plusieurs districts populeux. Il ne se propagea pas rapidement sur la surface du pays, ni dans toutes les directions; mais la puissance des *moussons* n'eut aucun effet pour arrêter, retarder ou augmenter ses progrès. De Jessore la maladie parvint à Calcutta au commencement de septembre 1817, en quarante jours environ, et s'étendit de ville en ville vers le nord, jusqu'à ce qu'elle eût atteint la chaîne intérieure de montagnes qui traverse ce pays. Elle prit alors une direction occidentale, et, arrivant dans le Décan, elle suivit la direction du midi, vers la rivière Nerbudah qui sépare la péninsule de l'Inde de l'Indoustan propre; continuant son cours au midi, le long de la côte de Coromandel, elle atteignit Madras vers le milieu de l'année 1818, et de là se dirigea vers le cap Cormorin, en prenant Pondichéry dans son cours. Tandis que la maladie faisait des progrès vers le sud sur la côte de Coromandel, elle prenait aussi une direction occidentale le long de la rivière de Nerbudah; elle attaqua un grand camp à Hussingabad, et ayant atteint la côte occidentale de la péninsule, elle continua de nouveau ses ravages dans différentes directions, s'étendant au midi sur la côte de Malabar et vers Bombay à l'occident, où elle parut au commencement de septembre 1818, un an depuis son invasion. A peine dans son cours, une ville ou un village de la péninsule de l'Inde ont échappé à ses terribles ravages. Du cap Cormorin, elle franchit jusqu'à Ceylan et mit toute l'île en deuil.

Un navire destiné pour les îles françaises quitta Ceylan avec un équipage en bonne santé. Le cholera se déclara à bord pendant la traversée; le bâtiment fut mis en quarantaine, et malgré cette précaution, la maladie s'étendit dans les îles. Une circonstance semblable précéda son apparition à Java, et en peu de temps tous les états et les îles de cette région ont éprouvé ce fléau.

Toutes les variations de température entre les extrêmes du temps chaud et calme (ther. à 34°. R. ou 108° Farenh.); au temps froid, pluvieux et orageux (ther. à 8° R. ou 50° Farenh.) ont été impuissantes pour arrêter les progrès de cette maladie, qui étendit sans interruption ses ravages d'une manière qui lui est particulière depuis son commencement jusqu'au temps actuel, où elle diffère de toutes les autres maladies connues.

Les observations médicales anciennes et modernes et les écrits des auteurs comparés avec nos propres observations, prouvent qu'une maladie avec des symptômes à-peu-près semblables était connue des anciens, et qu'elle a depuis paru de temps à autre sous le climat des tropiques, à l'exception de particularités qu'elle offre actuellement. Ce fait est attesté par les mémoires des conseils de médecine des trois présidences de l'Inde, et par les *chasters* indiens (le *Madhow nidan*, ouvrage médical en Sanscrit).

Le seul auteur récent et de réputation qui ait observé et traité cette maladie est le docteur James Johnson (écrivain maintenant très-distingué à Londres). Ce médecin, tandis qu'il était employé au service de Sa Majesté dans l'Inde, rencontra plusieurs cas correspondant exactement avec les symptômes du cholera spasmodica. Il les traita avec succès par la saignée, le calomel et l'opium.

Ces notes sur l'état actuel de la maladie sont tirées des nombreux écrits et des rapports que nous ont fournis environ quatre cent cinquante praticiens en médecine, employés dans l'Inde par la compagnie anglaise des Indes-

Orientales, chacun desquels a vu, examiné et traité cette terrible épidémie.

§ 2. *Particularités qui distinguent le cours de la maladie.* — Cette maladie se distingue par quelques circonstances particulières qui sont dignes de remarque. L'enchaînement des symptômes qui signalent son invasion et ses progrès, le temps dans lequel elle accomplit ordinairement son cours, et l'aspect des cadavres après la mort, diffèrent presque dans chaque lieu.

Elle s'est manifestée dans toutes les saisons, sur mer et sur terre, dans une température variant entre 8 et 32 degrés de Réaumur, sous l'influence de longues pluies continuelles, ou dans une période assez sèche pour détruire la végétation. Souvent elle faisait des progrès malgré l'énergie des plus fortes moussons, attaquant au hasard dans son cours les lieux les plus salubres, et en laissant d'autres, d'une nature directement opposée, intacts dans le voisinage. Lors de sa manifestation dans un lieu, elle faisait des ravages avec une violence sans relâche pendant vingt jours environ; après quoi la mortalité décroissait journellement pendant un mois; mais un relâchement soudain de température accélérait de dix à quinze jours le second période de l'épidémie; ensuite des cas seulement accidentels se présentaient, surtout parmi les individus qui habitaient des endroits bas et marécageux, ou étaient placés dans des circonstances tendantes à exciter la maladie. Sa violence était plus grande dans quelques lieux que dans d'autres, et un examen de son histoire fait voir que la mortalité était plus considérable, lorsqu'à de fortes pluies nocturnes succédaient de grandes chaleurs pendant le jour, par un temps calme, ou lorsqu'un temps modéré était suivi subitement d'un froid et d'une humidité extraordinaires. La maladie a quelquefois fait un cercle complet autour d'un village, et passé en le laissant intact; ensuite, après un espace de

quelques semaines, elle est revenue presque dépeupler le village qu'elle avait épargné auparavant, tandis que le premier théâtre de ses ravages était cette fois exempté. Elle continuait quelquefois de s'étendre à une distance considérable, le long d'un des bords seulement d'une grande rivière (comme le Gange ou la Nerbudah), et tout-à-coup, s'élançant sur la rive opposée, elle étendait ses ravages dans l'une et dans l'autre direction, cessant quelquefois pendant un temps sur le bord premièrement attaqué. Une atmosphère chargée d'humidité influe toujours sur le cours de la maladie; ce qui le prouve 1°., c'est qu'elle s'étend fréquemment plusieurs lieues d'un côté d'une rivière avant qu'elle ne se communique aux villages de la rive opposée. 2°. Elle ravage souvent les faubourgs sans gagner la ville ou la cité, lorsqu'elle est entourée d'un fossé. 3°. Elle disparait toujours plutôt dans le temps humide que dans le temps sec.

Lorsqu'elle atteignait une ville, ceux qui la quittaient et qui campaient sur quelque lieu élevé dans le voisinage, échappaient généralement à la maladie. Un des vaisseaux de S. M. B. étant à l'ancre à Bombay, perdait journellement sept ou huit hommes par le cholera pendant plusieurs jours de suite. Il mit à la voile et le jour suivant la maladie avait entièrement disparu. Cette maladie dure beaucoup plus long-temps et fait de plus grands ravages dans une grande cité que dans une petite ville. Des camps permanens étaient particulièrement favorables pour hâter sa disparution. Lorsqu'un corps considérable d'hommes en marche était attaqué de cette maladie, elle les affligeait plus long-temps que s'ils avaient été stationnés (ce qui était dû très-probablement aux fatigues et privations inhérentes à la marche); de plus, les villes qu'ils traversaient étaient attaquées de la maladie; mais si la colonne était rompue et dispersée en petites portions, la maladie ne s'étendait pas avec ces portions isolées, mais disparaissait.

Lorsque la maladie attaquait un point, tout changement considérable dans la température causait généralement un changement dans le caractère de la maladie, en le rendant ou plus bénin ou plus dangereux.

Les individus de l'un ou de l'autre sexe, en santé ou malades, robustes ou débiles, vieux ou jeunes, quel que fût leur tempérament ou leur condition, étaient également soumis à son influence.

Il existe une différence d'opinion touchant le caractère contagieux de cette maladie. On croit généralement qu'elle n'est pas contagieuse, et l'on s'appuie sur un fait précis et bien connu, admis et certifié par chaque médecin dans l'Inde, savoir: que les personnes employées à donner des soins aux malades dans tous les degrés de la maladie, et celles qui examinent journellement les cadavres des individus qui en meurent, n'y sont pas plus sujettes que d'autres individus résidant aux mêmes lieux. Il semble d'après cela, que la maladie ne se communique pas d'une personne à l'autre par le contact, comme la peste, la petite vérole, la rougeole ou le typhus.

L'origine de cette maladie est attribuée à trois causes différentes; 1°. à l'usage du riz récolté dans une saison humide; 2°. à l'usage d'une certaine espèce de poisson du Gange, que l'on a supposé particulièrement malfaisant l'année que le cholera parut; 3°. à l'effet de fortes pluies nocturnes auxquelles succèdent de grandes chaleurs pendant le jour, agissant sur une armée nombreuse et sur ses divers cantonnemens. La première et la deuxième causes sont inadmissibles, car les saisons ont toujours été aussi variables dans l'Inde, et la maladie y était inconnue sous le formidable caractère qu'elle présente maintenant. La troisième cause n'est pas plus probable, car avant la domination des Européens dans l'orient, et depuis, en plusieurs occasions, on a levé des armées beaucoup plus

considérables, et on les a conservées réunies dans toutes les saisons; et enfin, la maladie n'a pas commencé dans l'armée, mais a employé deux mois à l'atteindre, ravageant et dépeuplant le pays dans son cours.

La nuit ou le matin étaient généralement les momens de la première invasion. Dans quelques districts où le nombre des habitans était calculé d'après des données certaines, on s'est assuré que la maladie a attaqué environ six pour cent de la population. La malignité ou la bénignité du caractère qu'elle prenait, et la promptitude des secours de la médecine, doivent avoir eu trop d'influence dans la proportion des cures pour admettre une évaluation générale et bien fondée du nombre des morts. Dans le service militaire, où l'on pouvait le vérifier avec certitude, la mortalité variait de vingt à un pour cent. Cette différence dépendait de deux causes, 1°. de la promptitude des secours de l'art; 2°. de la différence du traitement. La classe pauvre et laborieuse souffrait avec plus de violence que les individus affranchis par leur condition de travaux pénibles. La grande mortalité que le cholera spasmodica a occasionnée, provint, à n'en pas douter, du degré avancé qu'on laissait atteindre à la maladie avant d'employer les secours de la médecine.

§ 3. *Ensemble général des symptômes. Deux formes de la maladie. Fonctions vitales et animales indiquant les progrès de la maladie vers son terme.* — Lorsque les individus affectés du cholera spasmodica étaient doués d'une certaine intelligence et de la faculté d'observer, ils indiquaient qu'ils éprouvaient d'abord un malaise à l'estomac ou dans les intestins, avec insomnie, oppression dans la poitrine, accompagnée d'inquiétude, une espèce de pesanteur et d'étourdissement dans la tête, de l'agitation, de légères douleurs musculaires aux extrémités, ou de légers frissons. Ces symptômes ne suivaient pas un ordre régulier dans leur succession. L'un d'eux pouvait précéder

tout autre ou lui succéder. Quelquefois on en ressentait plus d'un en même temps. On doit remarquer que ces sensations n'étaient pas seulement très-légères, mais passagères, laissant la personne une ou deux minutes sans aucun sentiment d'indisposition quelconque. Elles sont ordinairement négligées et passent sans être remarquées, de même qu'une augmentation légère dans l'action artérielle que l'on remarque aussi peu, n'étant pas assez importante pour produire de l'incommodité, ou attirer l'attention. La période, depuis la manifestation de ces symptômes jusqu'à ce qu'il en survienne de plus marquans, varie de vingt minutes à trois quarts-d'heure, suivant le caractère plus ou moins dangereux de la maladie et la force physique du malade. Les symptômes qui succèdent sont trop prononcés pour échapper à l'observation du patient: ce sont du malaise ou de l'insomnie, avec ou sans douleur dans la région de l'estomac et des intestins, une soif violente, la langueur, la lassitude, l'agitation et l'abattement des forces, accompagnés de nausées, de vomissemens et d'évacuations, d'abord des excrémens, ensuite d'un fluide muqueux, noirâtre ou sans couleur; ces évacuations ont lieu sans douleur en commençant, mais successivement avec de violentes épreintes abdominales et le ténesme. Le malade ressent aussitôt une sensation momentanée de soulagement et d'amélioration par l'évacuation, mais des selles plus abondantes et plus pénibles succèdent immédiatement ou vingt minutes après. La force générale et le pouls tombent; les mains et les poignets deviennent froids et visqueux et se recouvrent d'une sueur froide; les douleurs abdominales prennent un caractère périodique décidé, arrivant par intervalles de quelques minutes, appelant le malade à la selle; l'évacuation termine cette attaque de douleurs dans les intestins, et le laisse en partie tranquille. Les selles deviennent plus fréquentes et plus copieuses; les boissons,

prises en très-petite quantité, sont rejetées à l'instant ; aussitôt que le malade se remue, les douleurs abdominales reparaissent et sont suivies d'une selle. Le froid s'étend aux bras et aux genoux ; la soif devient insupportable, les douleurs plus fréquentes et plus aiguës dans la cavité abdominale. Une douleur constante, brûlante et violente, est ressentie à l'épigastre. La respiration devient lente et laborieuse. Des spasmes commencent aux jambes, le pouls baisse, est faible et très-languissant. Quelquefois l'artère reste distendue, mais extrêmement compressible. La pesanteur de la tête augmente, les idées sont confuses, les prunelles dilatées sans être affectées par la lumière, les paupières entièrement ou en partie fermées, l'urine en petite quantité, sans couleur, et rendue avec difficulté, ou plus habituellement la sécrétion entièrement supprimée. Le froid s'étend sur toute la surface du corps et de la tête, et une sueur froide des plus abondantes sort de chaque pore. Le pouls cesse au poignet ; les douleurs abdominales sont portées au plus haut degré de violence, et sont plus fréquentes et plus continues. Le vomissement cesse, l'attaque spasmodique des jambes augmente aussi en force et en fréquence. Un peu de délire précède le coma. En général, les selles liquides continuent à avoir lieu de temps à autre jusqu'à ce que la mort arrive, quoique le malade soit entièrement insensible. Quelquefois elles continuent encore une demi-heure après la mort.

1°. *Fonctions du cerveau et du système nerveux.* — Les facultés mentales sont légèrement obscurcies et tous les sens affaiblis ; l'état du malade approche ou ressemble à celui de l'imbécillité produite par l'ivresse. La tête devient lourde, douloureuse ou sujette aux vertiges. La pesanteur et la douleur sont rapportées par différens individus à diverses parties de la tête, mais ils ne se plaignent pas d'une partie plus que d'une autre. L'influence

nerveuse semble, eu égard à la débilité apparente, presque anéantie dans les premiers momens, mais elle reparaît lorsque la maladie fait des progrès, et l'action musculaire, n'étant plus maitrisée, se porte violemment vers quelques-uns des muscles des extrémités de l'abdomen et de la poitrine, qui sont affectés de grandes contractions spasmodiques. Les jumeaux, les muscles des doigts ou des orteils sont ordinairement les premiers que le spasme saisit; quittant l'un ou l'autre de ceux-ci, il se porte sur quelques muscles de l'avant-bras, sur ceux des jambes ou des cuisses, soit les fléchisseurs ou les extenseurs, mais jamais sur les deux espèces en même temps. Des cuisses il passe aux muscles de l'abdomen et de là à ceux de la poitrine successivement. Les extrémités supérieures sont beaucoup moins fréquemment attaquées de spasme que les inférieures. Les muscles de la face, du cou, du dos et le diaphragme ne sont jamais affectés de la contraction spasmodique.

Lorsqu'un muscle est attaqué de ce spasme, la partie charnue se contracte tout-à-coup et forme un nœud dur semblable à une bosse, avec une force et une violence telles que le malade jette des cris par la torture excessive qu'il éprouve. Les frictions et les applications chaudes chassent ces spasmes d'un système de muscles à un autre. Les souffrances de la partie d'abord affligée ont à peine cessé une minute que des cris nouveaux annoncent le nouveau siége de l'attaque et de la douleur.

Le spasme paraît dominer dans tout l'estomac, le duodénum et les conduits biliaires; on ressent habituellement beaucoup de douleur dans ces parties. La puissance nerveuse décroît rapidement dès le commencement de l'attaque; ces phénomènes et l'absence totale de bile dans les intestins, sont les symptômes les plus généraux, les plus constans, qui changent le moins dans tout le cours du cholera.

Dans l'état le plus fâcheux du cholera, les spasmes manquent entièrement et l'influence nerveuse semble détruite si subitement, que les malades tombent dans la léthargie et la mort en vingt minutes, une demi-heure ou au plus deux heures. Cette forme est la plus dangereuse que la maladie puisse prendre : tous les caractères habituels manquent, excepté le défaut d'énergie nerveuse, avec la peau froide, cessation d'action artérielle et absence de bile dans les fluides évacués. Le malade ne fait aucune plainte et ne demande rien que de la boisson et du repos. Il n'y a ni vomissement, ni évacuation, ni spasme, aucune inquiétude ou insomnie, et point de soif ardente. Les facultés mentales s'obscurcissent rapidement. Le coma et la mort succèdent promptement. Cet état est le plus mauvais, mais il se présentait avec toutes les nuances pour arriver aux formes les plus fréquentes et les plus habituelles de la maladie.

2°. *Fonctions des poumons.* — Il n'y a jamais de toux ou de douleur de poitrine. Au commencement de l'attaque, la respiration est précipitée et agitée. Cependant lorsque la maladie fait des progrès, la respiration devient lente; cette lenteur augmente, et la fonction semble se faire imparfaitement, un tiers seulement de la quantité habituelle d'air étant en apparence introduit à chaque inspiration. Le docteur Davy, qui pratiquait à Ceylan, affirme que l'air expiré ne contenait qu'un tiers de la quantité d'acide carbonique habituelle dans les personnes en santé. Après environ six ou huit petites inspirations, le malade, sans s'en aperçevoir, fait un effort pour remplir plus parfaitement ses poumons d'air; ses efforts sont souvent sans succès et peu satisfaisans. A mesure que la maladie fait des progrès, la respiration devient encore plus imparfaite jusqu'à ce qu'elle cesse entièrement, d'une manière si graduelle, que le moment exact de la mort est souvent imperceptible. Les cas où la vie se terminait d'une ma-

nière graduelle et douce, étaient de la deuxième classe; où les caractères habituels de souffrances, de spasmes et de secrétions surabondantes manquaient, où ils n'avaient pas encore la violence habituelle, et ou, seulement, quelques symptômes existaient dans un moindre degré. Dans les cas marqués par les caractères généraux de la maladie, les inspirations profondes et forcées en apparence étaient plus fréquentes, jusqu'à ce qu'enfin les respirations naturelles et courtes cessaient et étaient remplacées par les premières. Celles-ci devenaient progressivement plus faibles et moins fréquentes jusqu'à ce que la vie s'éteignît.

3.° *Fonctions du cœur et des artères.* — Lors des premières attaques de la maladie, l'action du cœur et des artères est augmentée sous le rapport de la fréquence et de la force des battemens; mais il y a rarement plus de cent pulsations par minute; dans le court intervalle d'une demi-heure à une heure, l'action des artères est sensiblement réduite dans toutes les petites branches: les carotides conservent une force correspondante à celle du cœur, qui reste puissante; cependant elle est tout-à-fait différente de celle qui existe en état de santé et même de celle qui indique une inflammation aiguë. Je nommerai cette action du cœur une lutte pénible et laborieuse. Je crains de n'être pas compris; mais je ne peux la caractériser plus clairement qu'en lui donnant cette dénomination; car elle possède une force excédant celle de la santé. Le pouls au poignet varie beaucoup dans les premiers degrés de la maladie, il est surtout étendu et donne une sensation particulière de variété; il est très-compressible. Des cas se présentent où il y a un degré de dureté dans le pouls, et ceci est passager; car, lorsque la maladie fait des progrès le pouls devient mou, plus faible, irrégulier et filiforme, allant de 65 à 100, et bientôt il ne se distingue plus aux extrémités. Quelquefois sa cessation a lieu par l'action des artères qui devient

graduellement plus lente et plus faible, de sorte qu'il n'y a plus que trente pulsations dans une minute. Ceci arrive principalement dans cette espèce de cholera, distingué par l'absence des caractères ordinaires, ou quand ceux-ci éprouvent des modifications. Lorsque le pouls devient insensible, les veines des extrémités ne fournissent plus le moindre écoulement de sang; des artères en laissent échapper seulement goutte à goutte, la veine jugulaire saigne imparfaitement, cependant plus qu'aucune autre, et la saignée des artères temporales (quoique pratiquée fréquemment dans les cas extrêmes) devient inutile à cause de l'état de congestion. Lorsque la maladie augmente, le sang du système veineux et celui des artères est épais, visqueux, et plus foncé que celui des veines dans l'état de santé, et il continue à être fluide, même après la mort. Le sang tiré pendant la vie a le même aspect, est sans couenne, et se coagule imparfaitement ou pas du tout. L'exposition à l'air ne change pas non plus la couleur foncée du sang veineux en rouge clair du sang artériel.

4.° *Fonctions de l'estomac et des intestins.* — En général, quelque dérangement des intestins et de l'estomac précède la maladie; circonstance digne de remarque comme signalant la manière insidieuse de son approche. Des personnes ont senti fréquemment une légère indisposition, un manque d'appétit, et cependant ont pris leur déjeuner habituel; la digestion ne s'opérait pas immédiatement, et il est très-préjudiciable de charger l'estomac dans ce cas, surtout si les matières alimentaires ne sont pas promptement et parfaitement évacuées. Cette circonstance mérite une grande attention, elle s'offrit constamment à notre remarque et sur les Européens (1) et sur

(1) Sir Georges Cooper, juge à Madras.
M. Keating, premier chapelain à Madras.

les Indiens. La maladie semble se présenter sous deux formes différentes. Dans la première on ressent de la douleur à l'épigastre, ou un sentiment d'oppression, de constriction, de malaise ou de chaleur brûlante; ce dernier est le plus fréquent, le plus permanent et le plus fatiguant. L'un de ces symptômes peut succéder à un autre: quelquefois sans qu'ils aient paru, mais généralement succédant à quelques-uns d'entr'eux, des nausées, des vomissémens ou des évacuations se manifestent sans être accompagnées de douleur ou de malaise. Le malade s'imagine qu'il est d'abord mieux par suite des évacuations. La première évacuation se compose du contenu de l'estomac et du canal intestinal; ainsi, lorsque l'un contient des alimens et l'autre des excrémens, ces matières sont alors expulsées. Lorsqu'il n'y a pas d'alimens dans l'estomac, la matière vomie est fluide, visqueuse, inodore, sans goût, sans couleur, ou d'une légère couleur blanchâtre, par fois avec des substances floconneuses qui y flottent et quelquefois de petites portions de matière noire; le caractère des déjections continue d'être le même dans tout le cours de la maladie; elles ne contiennent ni acide, ni bile; la même chose s'observe pour les évacuations du canal intestinal; leur contenu ordinaire étant évacué, les déjections subséquentes consistent en un fluide floconeux, visqueux, inodore, ressemblant à celui qui est rejeté par le vomissement, il est par fois accompagné de petites particules noires qui y flottent. La quantité et la fréquence des évacuations augmentent progressivement. On éprouve un sentiment particulier d'affaissement ou de vide de l'abdomen, et l'on se plaint communément d'une douleur pesante dans cette région. Lorsque le coma a lieu, le vomissement cesse, mais les évacuations des intestins continuent involontairement et sans diminution, souvent avec beaucoup d'augmentation. Après la mort même, ce fluide continue souvent de découler du rectum, durant une

demi-heure ou trois quarts d'heure, pendant lequel temps il en passe une très-grande quantité. Dans quelques cas, mais rarement, l'évacuation cesse avec le vomissement. Dans tous les cas de cette espèce il existe une soif constante et insatiable, et un désir pressant de boisson froide.

Dans la seconde forme de la maladie, tous les symptômes précédens, ou disparaissent entièrement (excepté l'absence uniforme de bile), en ce qui concerne les fonctions de l'estomac et du canal intestinal, ou la modification qu'ils éprouvent indique le degré où la maladie tend à revêtir la première forme.

5.° *Fonctions de la peau.* — La peau offre une autre indication pour reconnaître la nature de l'attaque, pour décider si elle doit être purement spasmodique, ou de l'espèce plus fatale. Dans le premier cas, qui est le plus commun, la peau commence à être froide et humide aux extrémités et de là graduellement sur le tronc et la tête. Une transpiration froide et copieuse, commençant aussi aux extrémités, sort si abondamment qu'elle n'est pas plutôt essuyée, que sortant de nouveau de chaque pore, elle forme promptement de grosses gouttes. La peau de tout le corps se flétrit, particulièrement au bout des doigts. Chez les Européens la peau prend une couleur brune. Quelquefois avant la mort la transpiration cesse; mais la sensation humide au toucher reste. La paroi de la poitrine correspondant directement au cœur devient également froide comme le reste du corps avant la mort.

Dans le second cas ou le plus fatal de la maladie, toute la surface du corps devient soudainement humide, une sueur froide coule plus ou moins copieusement jusqu'à la fin, mais elle ne s'étend pas progressivement des extrémités vers le tronc, comme dans le premier cas.

6.° *Etat extérieur.* — La figure est baignée de transpiration et froide au toucher. Elle offre une expression de

grande débilité, d'inquiétude et d'anxiété. Lorsque la maladie augmente, la figure se flétrit et diminue en quelque sorte de grosseur; elle présente une décomposition des traits du visage. Les yeux sont humides, les paupières dans le premier degré de la maladie sont fermées. La conjonctive semble injectée de sang rouge; dans un degré plus avancé, les paupières sont à demi-closes, les prunelles sont dilatées, et seulement les gros vaisseaux de la conjonctive sont visiblement enflés. L'œil prend la nuance bleue particulière qu'on observe chez les personnes hydropiques. Il paraît sur la surface des inégalités d'une couleur jaune sale. La cornée a un aspect transparent, et fréquemment ces inégalités sont si foncées qu'on les prendrait pour de l'ordure jetée sur la surface de l'œil. Les larmes sont si abondantes qu'elles coulent sur la figure, non par des causes morales, mais par une augmentation de sécrétion. Les narines se resserrent, et le nez semble plus aigu. La sécrétion de la membrane nasale augmente singulièrement, plus que ne devrait le faire supposer l'augmentation de la sécrétion des pleurs. Les lèvres deviennent d'une couleur de pourpre terne et pâle.

7.° *Membrane muqueuse de la langue et de la bouche.* — Au commencement de la maladie, la langue offre seulement la couleur habituelle: lorsqu'elle est propre ou autrement, elle reste de même. Le seul signe particulier est une couleur brune aux côtés et à l'extrémité antérieure. A mesure que la maladie augmente, la surface supérieure devient sèche et chargée de couleur jaune, terne ou brune, et elle devient tout-à-fait froide. Quelquefois elle a été très-rouge. Les gencives sont pâles, mais dans le progrès de la maladie, les gencives, les dents et les lèvres se chargent d'un enduit de couleur brune.

8.° *Sécrétion de la salive.* — Quoique cette sécrétion augmente habituellement par des nausées, c'est le contraire dans le cholera; elle est moins abondante et plus visqueuse que de coutume.

9.° *Sécrétion de la bile.* — Il ne passe pas de bile dans le duodénum, et on n'en trouve pas de trace dans les déjections.

10.° *Fluides de l'estomac et du tube intestinal.* — Excessivement abondans; évacuations constantes, soit incolores, soit de couleur brune, de fluide séreux, se succédant l'une à l'autre par haut et par bas.

Il serait bien à desirer que l'on pût s'assurer de la nature des fluides sécrétés ou évacués en si immense quantité, tant de l'estomac que des intestins, et en quoi elle diffère de celle des fluides naturels.

11.° *Sécrétion des reins.* — La sécrétion de l'urine paraît cesser entièrement.

§ IV. *Autopsie.* — 1.° *Tête.* — En enlevant le crâne, le sang qui s'échappe des vaisseaux qui l'unissent à la dure-mère, est d'une couleur brune et d'une consistance visqueuse. La membrane paraissait noire ou pourpre, comme si elle eût couvert un corps de cette couleur. Une quantité extraordinaire de sang suintait de ses veines. La masse cérébrale semblait trop grande pour le crâne qui l'avait contenue un moment avant: en enlevant la dure-mère, les veines courant sur la surface du cerveau étaient entièrement gonflées, comme si on y avait injecté un fluide pourpre foncé. En remettant les membranes sur la substance cérébrale, il était visible que l'aspect brunâtre était produit par les veines. La substance du cerveau était de couleur et de consistance naturelles; mais chaque ramification veineuse, quelque petite qu'elle fût, était dilatée et engorgée d'un sang visqueux foncé qui était dans un état fluide: telle était l'apparence générale. Dans quelques cas nous trouvâmes une effusion de quelques onces de sérosité à la base et à la surface supérieure du cerveau, et dans d'autres un épanchement du sang visqueux et foncé déjà indiqué. Le sinus longitudinal était constamment gorgé de sang, ainsi que

les sinus latéraux. En faisant une section horizontale d'un hémisphère, le cerveau paraissait avoir sa couleur et sa consistance naturelles ; mais au lieu d'offrir les points de sang rouge pour indiquer la section des artères, il y avait une effusion immédiate de sang visqueux et foncé des extrémités des veines que l'on trouvait engorgées partout où elles existaient dans toute la substance du cerveau.

Il y avait généralement plus ou moins d'épanchement séreux dans les ventricules latéraux. Le plexus choroïde était généralement gorgé de sang. Le cervelet offrait ses caractères habituels, à l'exception de cet engorgement veineux. En enlevant la masse cérébrale et examinant sa base, on lui trouvait la même apparence d'engorgement veineux qu'aurait eu un cerveau bien injecté ; quelquefois on trouvait une effusion de sang à la base. Quand la maladie parcourait rapidement ses phases, sans les caractères habituels de douleur, spasme, etc., on trouvait généralement du sang extravasé, soit sur la surface ou à la base du cerveau, ou bien l'engorgement était plus prononcé dans ces deux régions. Dans nos dissections à Madras, la congestion veineuse s'est toujours montrée.

Afin de donner tous les renseignemens possibles sur ce sujet, je crois devoir ajouter une copie des observations nécroscopiques faites dans le territoire du Bengale. Dans ce pays la maladie se montre avec une telle violence, qu'une prostration immédiate des forces, l'affaissement des puissances vitales et l'extinction de la vie se succédaient rapidement, sans aucun autre symptôme caractéristique, si ce n'est quelques évacuations qui n'étaient ni copieuses ni douloureuses, sans bile, et qui précédaient la mort.

» Dans ces cas il y avait une si grande congestion de sang dans le cerveau, que cet organe paraissait être enveloppé d'une couche de sang noir, coagulé, ou par une

ecchymose étendue et générale ; et dans quelques cas en faisant une incision, une grande quantité de sang visqueux s'écoulait de la cavité supérieure de la moelle épinière. Dans l'état ordinaire de la maladie, ceci n'avait pas lieu. »

2°. *Poitrine.* — En ouvrant la poitrine, les poumons se flétrissaient plus ou moins, et offraient plus de résistance à la pression que dans l'état naturel. La plèvre conservait sa couleur naturelle. Une section superficielle de la substance parenchymateuse ne présentait aucun aspect extraordinaire, excepté un engorgement veineux léger. Une section plus profonde était suivie d'un écoulement abondant de sang visqueux et noir ; en enlevant les poumons, la surface postérieure était d'une couleur livide ou noire, et présentait au toucher le sentiment que donne la pression sur une substance musculaire et charnue ; les sections de cet organe présentaient l'aspect de portions de coagulum de sang veineux, et il en provenait un écoulement copieux. En examinant attentivement, on trouvait que ce sang était contenu dans les ramifications veineuses dans lesquelles la congestion avait eu lieu à un point qui rendait deux tiers des poumons entièrement imperméables à l'air. Les parties les moins affectées étaient le sommet et la surface antérieure. Les dissections, faites en d'autres endroits, montrèrent des modifications variées de congestion pulmonaire. Dans ces cas, le siége principal de l'engorgement était dans les viscères de l'abdomen.

L'humidité du péricarde fut observée par quelques personnes qui le trouvaient dans un état pathologique. Je ne me rappelle pas l'avoir vu moi-même sous cet aspect ; il est possible que je ne l'aie pas examiné soigneusement.

Le cœur était uniformément dans un état plus flasque et d'une couleur plus foncée que de coutume. Le ventricule droit contenait généralement une quantité de sang

visqueux, mais le ventricule gauche était vide ou à-peu-près.

3.° *Abdomen.* — En ouvrant l'abdomen et en écartant l'épiploon, l'aspect lustré que cette cavité offre en état de santé manquait; elle paraissait presque sèche. L'estomac était habituellement flasque et généralement de la couleur naturelle. Les intestins grèles étaient toujours gonflés de gaz; les gros intestins et le cœcum étaient d'une couleur saine extérieurement, généralement contractés. Le tiers inférieur de l'iléum était toujours plus ou moins altéré en couleur; par fois de petites taches de couleur rouge pâle paraissaient éloignées l'une de l'autre. Ces taches étaient pâles aux bords, mais d'une teinte foncée au centre; en insufflant une portion détachée des intestins, et en conservant les branches veineuses, il semblait que la tache centrale noire était produite par une congestion veineuse et quelquefois par extravasation, et le bord plus clair, qui en formait les limites, était composé de petits vaisseaux liés avec la partie engorgée, qui en avait reçu apparemment une petite portion de sang. Le diamètre de ces taches était généralement d'un tiers de pouce environ; quelquefois elles étaient si nombreuses et si rapprochées qu'elles donnaient de la rougeur à une partie des intestins. Cependant ici même un examen attentif découvrait encore les points originaires d'engorgement. Cet aspect variait en couleur; dans quelques cas il prenait une nuance plus foncée, et quelquefois on le trouvait également noir, comme dans un état de mortification avec lequel on le confondit. Cependant il fut clairement prouvé que la gangrène n'existait pas. Les branches des artères étaient vides; le cœcum participait très-partiellement ou point du tout à ces apparences; les gros intestins n'avaient rien de semblable; les deux tiers supérieurs étaient pâles. On peut observer ici que lorsque ce degré de congestion exis-

tait dans les vaisseaux des intestins, il indiquait une plus longue durée de la maladie, et il y avait moins de congestion cérébrale que lorsque la mort était survenue d'une manière rapide. Dans ce dernier cas, on trouvait beaucoup moins, quelquefois peu ou point de congestion veineuse dans les enveloppes des intestins. Ainsi nous voyons que le tiers inférieur de l'iléum variait en couleur, prenant toutes les nuances depuis la couleur naturelle jusqu'à celle du sphacèle. Les troncs veineux de l'épiploon et du mésentère étaient gorgés de sang noir visqueux. En ouvrant le canal intestinal et l'estomac, nous trouvions ordinairement dans le dernier environ quatre ou six onces de fluide précisément semblable à celui qui avait été rendu par le vomissement ou les selles avant la mort; et une très-petite quantité de la même espèce de fluide se trouvait communément dans la partie inférieure de l'iléum. Il n'y avait aucune trace de la présence de bile dans l'estomac ou le canal intestinal, excepté dans peu de cas où le malade avait langui trois jours; la bile visqueuse avait commencé à couler. Ces cas étaient très-rares.

Quand la mucosité visqueuse était enlevée de la membrane de l'estomac (elle était extrêmement adhérente), des taches rouges se découvraient sur les diverses parties de sa surface, exactement semblables à celles déjà désignées sur le tiers inférieur de l'iléum.

La surface interne de l'œsophage montrait par fois des taches semblables, mais moins nombreuses. Le duodénum, le jéjunum et les deux tiers de l'iléum n'avaient aucune autre apparence malade à leur surface interne, qu'une continuation de la couche épaisse de mucosité visqueuse observée dans l'estomac. Dans les cas où de simples taches ou rougeurs existaient, on les enlevait facilement en grattant la membrane muqueuse avec un scalpel; mais quand la maladie était parvenue jusqu'au point de réunir ces taches et d'avoir donné la couleur

noire générale aux intestins, en la grattant on la rendait seulement plus pâle.

La surface interne du cœcum et tout le colon étaient plus pâles que dans l'état de santé; la partie supérieure du rectum était pâle aussi; son extrémité inférieure avait une légère nuance d'irritation. La vessie était ridée et vide; sa surface interne près de la prostate portait souvent des marques d'irritation.

Les reins étaient diminués de grosseur et flasques.

Le sang contenu dans la rate avait l'aspect habituel de ce fluide dans cette maladie. Je n'ai jamais vu cet organe très-engorgé; je ne trouve pas non plus cette altération particulièrement désignée dans aucun des milliers de rapports faits aux gouvernemens indiens. Ce fait semble digne de remarque, attendu que la structure de la rate la rend éminemment susceptible de congestion. Nous n'avons pu découvrir aucune variation dans l'apparence du pancréas.

L'état du foie variait dans les diverses nuances, depuis l'état ordinaire de congestion jusqu'à l'état le plus volumineux, comme s'il était injecté par force avec du sang épais, visqueux, qui altérait sa grosseur, sa densité et sa couleur. Quelquefois ses vaisseaux étaient rompus et on trouvait une quantité considérable de sang extravasé sur sa surface convexe; une section faite dans sa substance offrait à l'aspect et au tact l'apparence d'une substance musculeuse brune ou noirâtre.

La vésicule du fiel est dans presque tous les cas gonflée par de la bile visqueuse, épaisse et noire, ou d'un vert très-foncé. En passant une sonde dans le canal cystique ou dans l'hépatique, et la dirigeant vers le duodénum, un obstacle s'offrait à ses progrès près de l'entrée du canal cholédoque dans l'intestin, et exigeait plus ou moins de force pour l'écarter: quand, au contraire, on pressait sur la vésicule du fiel, il fallait souvent une force

très-considérable pour en pousser la bile dans le duodénum ; mais une goutte ayant passé, elle continuait à s'écouler.

Je regrette extrêmement de n'avoir pas examiné la moelle épinière et ses membranes ; une connaissance de leur état et des nerfs, que les spasmes indiquaient avoir été particulièrement affectés, aurait contribué encore davantage à nos connaissances pathologiques.

4.° *Fibres musculaires.* — Le docteur Davis observa à Ceylan que, quoique les corps fussent raides avant la mort, ils devenaient tout-à-fait souples après, et que les muscles étaient tendus comme ceux d'un animal tué à la chasse ou par la foudre ; j'ai aussi constamment observé ces phénomènes.

§ 5. *Traitement.* — En passant en revue le traitement du cholera spasmodica, il est inutile de remonter à une autorité plus ancienne que celle de Curtis. Nous apprenons de lui que l'usage des bains chauds, du calomel, de l'éther et de l'opium, était accompagné d'heureux résultats lorsqu'il y avait excès de secrétion bilieuse ; le contraire s'observait quand ce fluide manquait dans le canal intestinal. Cette observation est applicable à la *mort de chien.* Le docteur James Johnson vint ensuite et traita du cholera spasmodica dans son ouvrage : *Sur les maladies des climats des tropiques.* Il décrit cette maladie et la pratique qui lui a réussi.

Elle consistait en une dose d'un scrupule de calomel avec un peu d'opium ou de laudanum et la saignée. Le dernier moyen enlevait les spasmes et calmait le malade. Le premier occasionnait un écoulement de bile des intestins, augmentait en général les secrétions, enlevait l'irritabilité de l'estomac et en même temps tranquillisait en mettant l'équilibre dans les forces vitales. Cette pratique du docteur Johnson réussit dans nombre de cas graves, et appela particulièrement notre attention sur l'effet de la sai-

gnée, en enlevant la douleur et le spasme. Je me propose de donner le résultat de notre expérience dans le traitement de cette maladie; mais un coup-d'œil sur l'organisation de l'établissement médical de l'Inde paraît nécessaire pour donner une idée exacte du degré de confiance que l'on peut donner aux observations publiées par ce corps de médecins. Trois médecins de la plus grande réputation sont choisis parmi les anciens de chaque Résidence pour composer un conseil de médecine, dont les fonctions sont d'examiner tous les rapports médicaux et d'en tenir note. Chaque agent médical de l'établissement est obligé d'envoyer un rapport mensuel de tous les cas qu'il a observés; et si la terminaison a été fatale, les observations d'autopsie quand la dissection a pu être effectuée. Les conseils de médecine à chaque Résidence sont constamment en communication les uns avec les autres. Ils ont les rapports de quatre cent cinquante praticiens, mis sous leurs yeux tous les mois. Ils font usage de leur propre expérience pour commenter la pratique de chaque médecin subordonné, et ils publient par fois certains avis, soit d'après les rapports récens ou des documens anciens, ainsi qu'ils le jugent plus propre aux progrès de la médecine pratique. Il est évident qu'ils possèdent de nombreuses occasions d'obtenir des renseignemens étendus et exacts sur la pratique qui obtient les meilleurs résultats dans chaque maladie qui paraît dans ces climats; et comme ils ont publié des tableaux annuels du cholera spasmodica, leur attention a été dirigée particulièrement vers un examen sévère des divers modes de traitement; et par là ils sont arrivés à connaître clairement ce que l'expérience a démontré comme la méthode la plus efficace.

Le conseil de médecine de Bombay, après trois ans d'expérience de cette maladie, a inséré le paragraphe suivant dans le rapport de 1819. « Le docteur Johnson est l'auteur le plus récent qui a traité ce sujet, et le pre-

mier qui ait fait connaître la méthode de guérison la plus certaine. » Et le conseil continue de parler de la cure de cette maladie en disant : « Une pratique judicieuse prouve clairement qu'au commencement de la maladie, la saignée chez les Européens est l'ancre de salut, et peut-être aussi chez les naturels, pourvu qu'on y ait recours assez tôt, et tant que les forces vitales conservent assez d'énergie pour produire un plein jet; la saignée ne doit peut-être jamais être négligée, car on a suffisamment prouvé que la grande faiblesse dont on se plaint est purement apparente. Le calomel, comme médicament, vient ensuite, et quand on l'emploie à des doses convenables, en le joignant à l'opium, et plus particulièrement dans le début de la maladie, il semble être aussi propice parmi les naturels que les saignées chez les Européens, pour arrêter les progrès du mal. Dans tous les cas dont on a parlé précédemment, lorsque nous rencontrions la maladie à son premier période, un simple scrupule de calomel avec 60 grains de laudanum et une once d'huile de ricin, sept ou huit heures après, étaient suffisans pour compléter la cure. La pratique de cette ville, comme le prouve le docteur Taylors, met hors de doute l'influence de calomel sur la maladie; car il a souvent sauvé la vie lorsqu'on ne pouvait pas pratiquer la saignée. Tous les autres remèdes doivent être considérés, dans notre opinion, comme de purs auxiliaires, sans doute extrêmement utiles comme tels; on ne doit jamais les négliger, et particulièrement les bains chauds, si on y a recours de très-bonne heure; il en est de même des frictions stimulantes. Quand la maladie a cédé à la saignée, nous croyons même très-nécessaire d'administrer constamment le calomel. L'effet puissant de ce remède, de diminuer l'irritabilité de l'estomac et des intestins quand on l'administre à grandes doses, est généralement reconnu par les praticiens dans les attaques les plus graves de la dysenterie. Il sera re-

connu comme un stimulant puissant et permanent du système, vasculaire si l'on considère qu'il détermine la salivation, la pulsation excessive des artères des tempes et du cou, qu'il produit des sensations très-désagréables, et même exclut le sommeil. Son influence favorable sur l'inflammation des viscères abdominaux, du foie particulièrement, et même sur l'inflammation des membranes et des glandes en général, est maintenant universellement reconnue. C'est pourquoi, dans une maladie où nous avons toute raison de croire que la congestion veineuse a eu lieu à un haut degré, et lorsque nous concluons que le foie, par sa circulation et sa structure particulières, est plus immédiatement sujet à être attaqué d'une manière sérieuse et permanente, on ne doit pas omettre d'employer ce médicament. »

Cette opinion, quoique peu développée, est digne d'une attention sérieuse, lorsque nous considérons le champ très-étendu d'observations qui l'a produite. Avant de traiter des applications de cette opinion, et de la méthode curative de la maladie, nous croyons devoir présenter certaines considérations pratiques.

On doit rechercher, 1.° si le malade est Européen ou Indien, ou si, par un régime préalable et un tempérament naturel, il possède un sang épais et riche avec une diathèse inflammatoire, ou s'il offre des conditions opposées; 2.° si la forme actuelle de la maladie est celle dans laquelle la congestion est spécialement dirigée vers la tête, et si les symptômes qui caractérisent généralement la maladie manquent, ou au contraire si les symptômes ordinaires sont développés, indiquant une disposition égale ou plus grande à la congestion dans les cavités de l'abdomen et du thorax; 3.° si la maladie a fait quelques progrès, savoir, si l'action des artères est légèrement diminuée, mais la chaleur animale de la surface étant peu baissée; 4.° si la chaleur de la surface cuta-

née est baissée, et l'action des artères très-diminuée ; 5.° s'il y a cessation de pulsation artérielle au poignet.

Ayant sans cesse en vue ces considérations, les efforts de l'art se dirigent vers les objets suivans : 1.° d'exciter et d'égaliser l'énergie des forces vitales ; 2.° de se mettre en garde contre la congestion dans les organes, ou de la faire disparaître lorsqu'elle a lieu ; 3.° de rétablir les sécrétions naturelles ; 4.° de combattre la disposition au spasme ou de l'écarter lorsqu'elle existe.

Cette vue générale des principes du traitement, fondée également sur les résultats heureux de la pratique et la nature de la maladie, éclaire la conduite du médecin. Ici se présente une observation d'une grande utilité pratique, qui doit être fortement imprimée dans l'esprit et toujours présente à la pensée. La maladie dont nous nous occupons ici fait des progrès si rapides vers un terme fatal, que l'emploi des moyens qui ne produisent pas un effet positif et immédiat sont inutiles. Le temps est d'un grand prix ; trop souvent le malade ne s'adresse que peu de minutes trop tard, le sang venant de cesser de couler dans les petites ramifications.

*Application de la première considération pratique à un Européen.* — Le sang des Européens est plus épais que celui des naturels, à cause de l'usage d'alimens plus nourrissans. Ici le danger de la congestion est plus grand et l'on doit employer franchement la saignée beaucoup plutôt, réglant toujours la quantité du sang que l'on tire sur l'effet produit ; on doit faire précéder la saignée d'une forte dose d'opium en poudre, mêlé avec autant de calomel que le médecin croira prudent. Les effets de l'opium ne sont pas aussi violens dans les climats froids que dans les climats chauds. Nous administrions habituellement dans l'Inde vingt grains de calomel avec un grain et demi ou deux d'opium en poudre et non en pilules, à cause du temps que prend leur dissolution. Avant l'administration du ca-

lomel et de l'opium, aucune trace de bile n'était apperçue dans les fluides rendus par le vomissement et les selles; mais bientôt après la bile paraissait, et indiquait une amélioration. Si la secrétion bilieuse semblait exiger un plus grand stimulant, le calomel était répété deux ou trois heures plus tard avec une plus petite quantité d'opium. On doit faire usage des frictions avec un liniment d'alcali volatil. Les vésicatoires sont employés suivant les symptômes qui exigent leur usage. On prescrit les bains chauds, dès le principe de la maladie, ou quand l'action des artères s'est améliorée, mais non dans l'état d'affaissement. Les frictions avec des flanelles chauffées et une température chaude de l'air ne doivent jamais être négligées; on se sert d'un liniment anodin ou simple par fois. Un usage très-sobre de boissons chaudes, de stimulans et de cordiaux, et une abstinence entière de nourriture, suffisent généralement pour compléter cette cure en douze ou dix-huit heures; après quoi on doit administrer un doux apéritif et une nourriture très-légère pendant quelques jours. L'amélioration des symptômes se reconnaît par le rétablissement des fonctions du cerveau, du cœur et du système artériel, la cessation de l'anxiété, de la soif, du vomissement et des selles, la restauration de la chaleur naturelle et animale, la respiration naturelle, le sommeil calme, accompagné d'une respiration chaude et douce. Il reste seulement quelque langueur et une faiblesse temporaire.

La saignée, dans ce cas, ne conduit pas seulement à remplir les trois dernières indications, mais à influencer la première. Les effets du calomel sont calculés pour atteindre les trois dernières. L'effet de l'opium, comme stimulant particulier, est dirigé pour atteindre les trois premières, et comme anodin pour la quatrième indication.

*Application de la première considération pratique pour un Indien.* — Le sang des naturels est léger, conséquem-

ment le danger d'une congestion immédiate n'est pas aussi grand que dans un Européen. Dans le principe de la maladie, on peut administrer l'opium et le calomel avec une entière confiance pour atteindre la quatrième indication de la cure. Le fait est qu'avec les Indiens tout stimulant énergique, employé dans le principe, a réussi constamment à éloigner la maladie. Si l'opium et le calomel n'apportent pas d'amélioration dans les symptômes en une demi-heure, on ne doit pas différer la saignée, et il faut avoir recours aux moyens auxiliaires indiqués.

*Application des moyens de guérison à la deuxième considération pratique.* — Lorsque la congestion est dirigée spécialement vers la tête, le calomel et l'opium doivent être donnés ainsi qu'on l'a prescrit auparavant. On doit appliquer de puissans sinapismes aux pieds et vers le milieu des jambes aussitôt que le chirurgien aura tiré une quantité suffisante de sang de la veine jugulaire.

Cette maladie est d'une rapidité trop fatale, pour que l'on attende les effets d'un vésicatoire ordinaire. Quand il est nécessaire, on doit enlever l'épiderme en appliquant sur la partie une serviette plongée dans de l'eau bouillante, ou par l'action d'acides minéraux, et l'on pose immédiatement le vésicatoire. Ce moyen a été de la plus grande importance dans beaucoup de cas, appliqué quelquefois le long de l'épine dans l'état fâcheux de la maladie, sur la région du cœur quand son action devenait languissante, ou à l'abdomen lorsqu'une douleur excessive indiquait son usage. Si nous eussions connu l'application également ingénieuse et judicieuse du stéthoscope de M. *Laennec*, nous aurions pu découvrir distinctement le commencement et les progrès de l'engorgement pulmonaire ; dorénavant il sera extrêmement utile et la postérité rendra justice à son auteur.

*Application de la troisième considération pratique.* — Ce degré de la maladie est infiniment plus dangereux

pour les Européens que pour les naturels; néanmoins on doit employer l'opium et le calomel avec la saignée. Pour les Européens cependant, on doit employer immédiatement les moyens les plus énergiques pour occasioner la révulsion, tels que sinapismes, vésicatoires et frictions, avec des linimens d'ammoniaque. Chez les Indiens, dans cet état, l'urgence n'est pas aussi grande. La saignée, l'opium et le calomel peuvent suffire jusqu'à ce que les symptômes qui succèdent nous indiquent si les succès de ces remèdes sont suffisans; sinon on doit faire usage des moyens de révulsion.

*Application de la quatrième considération pratique.* — Dans ce période de la maladie, nous pouvons rarement, peut-être jamais, nous procurer du sang à plein jet d'une veine, et l'effet obtenu en le tirant des artères (quoique souvent essayé) n'a jamais produit de bien. A cette époque, la congestion ayant déjà eu lieu, le système doit être stimulé librement avant que nous puissions déterminer un état où la saignée soit salutaire. Cette pratique est pleinement garantie par l'expérience, parce que dans des cas nombreux où on avait administré l'opium et le calomel, et où je tâchai de tirer du sang, tandis que des aides appliquaient aux pieds et aux jambes de forts sinapismes composés de moutarde, ail, vinaigre et d'huile de térébenthine, je ne pus en faire jaillir à plein jet (et son évacuation autrement ne produit pas de bien). Cependant non seulement le malade recouvra en six heures l'action des artères, mais la réaction fut si considérable, qu'elle obligea de répéter la saignée. Je pense que cette réaction n'a pas été purement le résultat des effets locaux ou généraux des sinapismes, mais que la restauration des forces de la circulation a placé ces organes affectés de congestion dans un état maladif de turgescence, dont la soustraction du sang en général les a débarrassés; subséquemment le bain chaud est d'une grande utilité.

Dans ce période, la congestion a déjà eu lieu; conséquemment le danger est imminent, et quel que soit le mode de traitement, l'issue est extrêmement douteuse.

*Application de la cinquième considération pratique.* — Le calomel et l'opium doivent être immédiatement donnés, comme produisant les moyens de guérison mentionnés dans l'indication; on doit employer en même temps les mesures les plus énergiques pour produire une détermination de sang aux extrémités, par de puissans sinapismes, non seulement appliqués, mais dont on doit frotter les pieds, les jambes jusqu'au milieu, ainsi que les mains. On doit enlever en même temps l'épiderme de l'épine du dos, au moyen d'eau bouillante ou d'acide minéral, et appliquer un vésicatoire dans toute sa longueur. Si ces moyens sont heureux pour rétablir la circulation et la chaleur animale, on doit enlever les sinapismes et tirer largement du sang aussitôt que le pouls indique qu'on peut s'en procurer à plein jet, et bientôt après faire usage du bain chaud et tenir le malade aussi chaudement que possible, comme dans tous les autres cas, avec des serviettes chaudes, des flanelles et des frictions composées ou simples. Outre les moyens énumérés qui conduisent à remplir les indications de la maladie, tous les moyens auxiliaires doivent être mis en usage, d'après le jugement du médecin et les circonstances existantes.

J'ai maintenant établi le traitement qu'une expérience longue et constante a démontré le mieux réussir dans la cure du cholera spasmodica. Il reste à détailler d'autres moyens que l'on emploie dans quelques occasions, et fréquemment avec succès. Il n'est pas nécessaire de s'appesantir sur les principes qui règlent l'administration de ces moyens, et je ne prévois pas le but que leurs divers défenseurs se proposent : quelques-uns sont assez évidens.

On a donné par intervalles d'une demi-heure, ou d'une et deux heures, des doses répétées d'un grain d'é-

métique. On a dit qu'il excitait un vomissement plus violent, et réussissait souvent à provoquer des évacuations bilieuses. Lorsque ces effets avaient lieu, la maladie se terminait favorablement. Or ce traitement réussissait souvent quand on l'employait dès le principe chez les naturels.

De petites doses répétées d'une solution de sels neutres furent données dans une occasion et dans un cas très-désespéré avec des résultats heureux; lorsqu'elles furent administrées par des individus n'exerçant point la profession, elles devinrent fatales dans divers autres cas.

L'huile de térébenthine, comme possédant une vertu particulière d'évacuer le système bilieux et de stimuler le canal intestinal, fut essayée dans divers cas sans succès. L'absence constante de la sécrétion bilieuse dans les premières voies donna l'idée d'introduire la bile, prise de la vésicule d'un jeune taureau, dans l'estomac et le rectum, mais sans succès.

La chaleur, quand on l'applique directement à la surface entière du corps, est extrêmement utile. Le docteur White, médecin d'une grande réputation à Madras, m'apprit qu'un de ses domestiques fut sauvé par la chaleur et par les frictions, sans autres moyens. Ses camarades le tinrent près d'un grand feu, et employèrent les frictions constamment pendant quelque temps, au moyen desquelles il recouvra la santé. L'expérience prouve suffisamment leur utilité, au moins comme auxiliaires. Il y a peu de moyens de communiquer la chaleur préférables à l'application de sel commun bien chauffé dans de petits sacs ou des serviettes.

Des doses d'un scrupule ou d'un demi gros de carbonate de magnésie ont été données dans du lait frais à des intervalles d'une demi-heure à une heure, et on a rapporté qu'elles ont réussi dans beaucoup de cas chez les naturels. On ne nous a pas appris qu'on y ait joint d'autres moyens.

On doit très-certainement essayer le galvanisme dans le cholera : le docteur Wilson Philipps, ayant prouvé par des expériences insérées dans les Transactions philosophiques et par sa *recherche sur les lois des fonctions vitales*, que le fluide galvanique est capable de suppléer au manque d'énergie nerveuse. (*Voyez* Dictionnaire chimique d'Ure, article *Galvanisme*.)

Une question peut se présenter, savoir: si la saignée et des boissons adoucissantes ne doivent pas être employées sans le concours du calomel et de l'opium. Je réponds à ceci que plusieurs de nos médecins ont cette pratique, et que quelques-uns la préfèrent encore. Je suis fortement convaincu que la saignée employée dans le principe, et même peut-être le bain chaud, encore auparavant, enleveraient dans beaucoup de cas la maladie. D'un autre côté, on doit beaucoup d'égard aux opinions émises par les conseils de santé qui ont eu les résultats pratiques de quatre cent cinquante médecins sous les yeux, tous les mois, pendant l'espace de deux années que cette maladie fit ses ravages. Les membres de ces conseils ne pratiquent pas la médecine eux-mêmes; au contraire, ils sont très-désintéressés; ils n'ont aucune doctrine à établir et nulle à réfuter. Le résultat de leurs observations est que le calomel est extrêmement utile, soit en aidant à faire disparaître la congestion ou la disposition à cette congestion, soit en stimulant puissamment les sécrétions qui sont absolument nécessaires à la santé. L'opium égalise et excite l'énergie des forces vitales, qui tendent à prévenir le spasme et la congestion. Une comparaison étendue et exacte de toutes les méthodes diverses de traitement leur a démontré que celui-ci est de beaucoup le plus efficace, et je dois me ranger entièrement à l'opinion de ces médecins composant les conseils.

On a observé fréquemment dans les journaux de Londres, et avec raison, que l'on n'a jamais connu d'exemple

où un si grand nombre d'hommes de l'art fussent d'un accord aussi unanime sur le traitement d'une maladie.

*Étiologie.* — La cause immédiate du cholera contagieux ou épidémique est, comme celle d'autres maladies d'un caractère semblable, tout-à-fait inconnue. Les causes prédisposantes ou excitantes sont générales et locales, ou individuelles.

La cause générale, prédisposante et locale, est évidente par l'existence de la maladie dans le lieu où la personne réside.

Les causes excitantes immédiates, personnelles ou individuelles, sont: les changemens subits de température; l'exposition aux courans d'air froid, particulièrement le soir, lorsqu'on est échauffé par l'exercice, ou tandis que l'on dort la nuit; l'épuisement ou la fatigue, quelles que soient leurs sources ; la résidence dans les lieux bas, marécageux et humides; les excès de nourriture, de la boisson, l'usage d'alimens peu nourrissans, de qualité indigeste ou mauvaise, le long jeûne et plus particulièrement la boisson d'eau froide, après avoir été longtemps sans prendre d'alimens, ou le matin de bonne heure; l'usage de nourriture froide le matin; le défaut de vêtemens suffisamment épais; enfin tout ce qui dérange l'état normal de la digestion; les causes excitantes morales, telles que l'inquiétude, le chagrin, la colère. Nous n'avons pas d'exemple que cette maladie ait été développée par les effets d'une purgation ou de l'émétique, comme on l'avait induit de quelques apparences.

*Moyens prophylactiques.* — Les meilleurs moyens de se préserver de cette maladie consistent à éviter toutes les causes excitantes ou qui y disposent; à ne pas résider où la maladie existe, à éviter de s'exposer à des changemens soudains de température ou à des courans d'air froid, particulièrement quand on est échauffé ou pendant le sommeil, d'habiter des lieux secs et élevés; l'usage d'un

exercice régulier et modéré le matin et le soir, mais sans le pousser jusqu'à la lassitude; un usage modéré, prudent et régulier d'alimens nourrissans et de vin généreux; vêtemens chauds; l'usage de la flanelle sur la peau en particulier, et se tenir bien couvert la nuit; contentement et sérénité d'esprit; se garantir de l'ardeur du soleil, et éviter toutes les causes qui produisent l'épuisement et la fatigue.

On doit surveiller particulièrement les fonctions de l'estomac et des intestins, et tâcher de prévenir l'accumulation des excrémens par l'usage habituel de lavemens et de laxatifs, de rhubarbe, etc.; conserver les fonctions du foie par de petites doses de calomel parfois, lorsqu'il est nécessaire.

Les personnes qui résident où cette maladie existe, doivent nécessairement redoubler d'attention pour ces particularités. Elles ne peuvent avoir trop d'égard au contentement moral, aux fonctions du foie et des organes digestifs généralement, et elles doivent, non seulement s'habiller plus chaudement que de coutume pendant le jour, mais ajouter à la couverture du lit pendant la nuit.

Dans l'Inde, nous buvons habituellement à nos repas le vin que l'on appele *claret* en Angleterre (vin de Bordeaux), par fois un verre de vin vieux de Madère, et un verre ou deux d'*aile* blanche. Mais quand la maladie paraissait, nous recommandions de substituer le vin d'Oporto anglais, au claret ou vin de Bordeaux et au Madère, et l'eau de vie faible et l'eau en place de l'aile blanche.

*Physiologie de la maladie.* — Par quelque cause inconnue, l'énergie nerveuse ou vitale est subitement abattue. L'action des artères diminue, et les sécrétions cessent d'être régulières. Les fonctions des poumons, du cœur, du foie, de l'estomac, des intestins, des reins et du cerveau se dérangent toutes. Le sang ne reçoit plus la portion requise d'oxygène, mais accumulant l'acide carbo-

nique avec les principes de la bile et de l'urine, il cesse de renouveler les forces épuisées ou affaiblies, et d'exciter le cerveau. Le sang cesse de circuler dans ses petites ramifications ; les veines de quelques-uns des viscères cessent de rendre le sang qu'elles viennent de recevoir des petites artères, et elles deviennent plus surchargées par chaque pulsation additionnelle. Les forces vitales, ou s'affaissent rapidement, ou elles se concentrent à l'excès et s'épuisent sur quelque système particulier des muscles. De là la circulation devient partielle; les forces vitales s'épuisent de plus en plus; le dérangement des fonctions organiques augmente, jusqu'à ce qu'enfin le sujet arrive à un état incompatible avec la vie (1).

---

*Mémoire sur la maladie vénérienne; par M.* Richond, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, etc.* (II.me article.)

En recommandant de soumettre à un traitement mercuriel exact les personnes qui sont affectées de maux vénériens primitifs, les praticiens ont en vue de prévenir l'infection de l'économie, qu'ils supposent devoir être produite par l'absorption et le transport dans le torrent circulatoire de ce qu'ils appellent virus syphilitique, et de les mettre à l'abri de la série de maux qui, suivant

(1) Nous avons cru devoir insérer ce mémoire, à cause des faits et des observations d'anatomie pathologique qu'il offre sur une maladie peu connue sous ce dernier rapport surtout, et parce qu'il peut servir à l'histoire de la science dans les pays étrangers. Nous nous abstenons de réflexions que sa lecture suggérera aisément. Il est fâcheux que l'auteur se soit servi d'une langue qui lui est peu familière. En corrigeant, dans divers endroits, les expressions qu'il emploie pour décrire ce qu'il a observé, nous nous serions exposés à substituer notre pensée à la sienne : nous avons donc préféré donner le mémoire, tel à-peu-près qu'il nous a été envoyé.

eux, doivent bientôt assaillir les individus assez imprudens pour ne pas se mettre en mesure contre cet ennemi redoutable. Mais, s'il est vrai que les excroissances, les rhagades à l'anus, les pustules de la peau, les ulcères de la bouche, les périostoses, et tous les autres maux qui sont considérés comme exprimant l'infection de l'économie, peuvent aussi bien se manifester chez les personnes qui ont pris des doses considérables de mercure que chez celles qui n'en ont point usé; s'il n'existe pas de caractère distinctif propre à établir une différence entre ceux qu'on croit syphilitiques, et ceux qui se sont développés chez des individus qui n'ont jamais présenté de phénomènes vénériens primitifs; si le même traitement convient aux uns et aux autres, et est également efficace, quelle que soit l'origine de la maladie, bien qu'il ne se compose pas de l'usage des mercuriaux; si leur développement, enfin, peut presque toujours être expliqué d'une manière rationnelle, et sans admettre l'infection des humeurs; si toutes ces choses sont vraies, il est bien évident que persister à ne traiter les divers maux vénériens que par le mercure, et à vouloir purger l'économie d'un virus chimérique que rien ne peut démontrer, c'est caresser une chimère, courir après un fantôme, et compromettre la santé de ses malades; or, c'est ce qui conste des faits nombreux que je possède et dont je vais présenter ici quelques-uns.

Je rapporterai d'abord des observations relatives aux excroissances, rhagades et végétations de l'anus. Elles démontrent que le traitement mercuriel ne prévient pas toujours leur apparition, qu'elles se manifestent presque toujours après des marches forcées, ou l'excitation de cette partie déterminée par d'autres causes; et enfin, qu'un traitement émollient est très-efficace pour les dissiper.

I.re *Obs.* — *Condylomes et rhagades à la marge de l'anus, consécutifs à un traitement mercuriel et guéris par les*

*émolliens* : *45 jours de traitement.* — Le 6 du mois de février 1824, je reçus dans mes salles le nommé Dumond, soldat dans le 6.e régiment d'artillerie à pied, que quatre mois auparavant j'avais traité d'ulcères à la verge, et qui avait pris à cette époque 50 *doses de liqueur de Van Swieten* (nous les donnons ordinairement dans cet hôpital contenant un quart de grain de sublimé), et 25 frictions mercurielles (les 8 premières sont ordinairement d'un demi-gros, les 8 suivantes d'un gros, et les autres de deux gros). Il présentait, à un pouce de l'anus, cinq tumeurs rouges, saillantes, douloureuses à la pression, scissurées dans une partie de leur étendue, formées par le développement des rides de la peau, opéré lui-même par la tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent. Elles étaient séparées les unes des autres par de petits ulcères grisâtres, linéaires, étendus jusqu'à la face interne du rectum. La muqueuse rectale était un peu tuméfiée et ulcérée dans l'étendue d'un demi-pouce au-dessus de son extrémité. Dumond présentait en outre un engorgement commençant dans la région inguinale gauche, et se plaignait d'éprouver, surtout pendant la nuit, des douleurs vives dans les membres, qui le privaient du sommeil. Ces divers phénomènes se manifestèrent de la manière suivante : d'abord, un mois après la sortie du malade de l'hôpital, *par suite des marches forcées* que de nombreux exercices nécessitèrent, il se manifesta un petit bouton près de la marge de l'anus, qui étant *gratté et écorché*, s'enflamma, s'étendit, et détermina l'inflammation des parties voisines; celles-ci se tuméfièrent à leur tour, devinrent douloureuses et déterminèrent successivement les lésions que nous observions. Ce ne fut que plus tard que l'engorgement inguinal se développa et que les douleurs parurent. En ayant égard à l'origine et au mode de développement de tous ces symptômes, je reconnus aisément une succession d'irritations qui, pour être expliquées, n'avaient pas besoin d'être attribuées à un virus, et d'être considérées

comme spécifiques. Je prescrivis un régime léger, des boissons adoucissantes, une émulsion anodine pour le soir, et recommandai au malade d'exposer ses tumeurs aux vapeurs chaudes élevées d'une décoction émolliente. Deux jours après, les douleurs n'étant pas diminuées, et rendant la défécation pénible, je fis appliquer 8 sangsues à l'anus. L'écoulement de sang qu'elles produisirent fut abondant, et l'amélioration fut très-notable. Les jours suivans, je fis continuer les fumigations et je prescrivis des bains généraux. Les tumeurs pâlirent et s'affaissèrent, les ulcères devinrent rosés et marchèrent vers la cicatrisation, les douleurs des membres diminuèrent. Le bubon seul continua à augmenter, et, malgré une application de sangsues, arriva à suppuration le 1.er mars : les excroissances étaient livides, bleuâtres, affaissées, indolentes à la pression ; j'en opérai l'excision avec des ciseaux courbes. Les jours suivans, les petites plaies qui résultèrent de l'opération se guérirent, l'ouverture du bubon, qui avait été faite avec la lancette, se ferma; les douleurs des membres se dissipèrent entièrement, et le malade sortit parfaitement guéri le 22 mars, quarante-cinquième jour de son séjour à l'hôpital.

II.e *Obs.* — *Excroissances à l'anus consécutives à un traitement mercuriel et guéries par les émolliens : 40 jours de traitement.* — Le nommé Cœur, soldat dans le 6.e régiment d'artillerie à pied, âgé de 27 ans, entra le 6 février 1824, portant à la marge de l'anus quatre excroissances rosées et ulcérées à leur sommet, aplaties vers leur face interne, et formant un bourrelet assez prononcé près de l'ouverture anale. Sept mois auparavant, ce malade avait eu des chancres et une blennorhagie, contre lesquels on lui avait administré 45 *doses de liqueur de Van Swieten.* Ce fut trois mois après sa sortie de l'hôpital qu'il vit se développer, *pendant une longue marche* qu'il fut obligé de faire, *des petits boutons* entre les fesses et à la marge de l'anus, dont quelques-uns s'ulcérèrent à leur

sommet, déterminèrent l'inflammation des parties sous-jacentes, et donnèrent enfin lieu à la manifestation des tumeurs observées. Je prescrivis des fumigations émollientes, un bain et des alimens légers. Dans l'espace de quelques jours, ces tumeurs diminuèrent, pâlirent, et furent réduites à un faible volume. Cependant, comme elles conservaient de la dureté et ne paraissaient pas disposées à disparaître entièrement, je me décidai, le 6 mars, à les enlever avec des ciseaux courbes. L'opération fut peu douloureuse; l'écoulement de sang qui en résulta fut assez abondant. Les fumigations émollientes furent continuées; plus tard j'en fis donner d'aromatiques (1), et le malade guérit; il sortit le 16 mars. L'examen des tumeurs nous apprit qu'elles étaient formées par un tissu cellulaire condensé et assez résistant.

III.^e *Obs. — Excroissances à l'anus; traitement mercuriel antérieur : 22 jours de traitement.* — Duhano, soldat dans le 47.^e régiment de ligne, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital le 22 novembre 1823, vingtième jour de sa maladie, portant à un pouce de l'anus trois petites excroissances pâles, inégales à leur surface, scissurées dans toute leur étendue, ulcérées à leur sommet, et déterminant des douleurs assez vives, surtout au moment de la défécation. Trois mois auparavant, cet homme avait été traité d'ulcères à la verge, et avait pris 30 *doses de liqueur de Van Swiéten* et subi 22 *frictions mercurielles*. Il ne put pas m'apprendre de quelle manière s'étaient développées

(1) Je donne ordinairement des fumigations aromatiques vers la fin du traitement, alors que l'irritation me paraît presqu'entièrement détruite, pour donner un peu de ton aux parties que les vapeurs émollientes continuées ont ramollies et relâchées, et pour hâter la résolution des petits engorgemens chroniques. Ces fumigations sont le plus ordinairement obtenues en brûlant des baies de genièvre sur une pelle rougie, ou quelquefois en faisant une décoction des espèces aromatiques; mais l'humidité de ces vapeurs s'oppose quelquefois à ce qu'on obtienne les mêmes résultats, ce qui fait que je leur préfère les premières.

ses tumeurs; seulement il me dit qu'elles avaient été précédées par de *vives démangeaisons*. Il lui fut prescrit des fumigations émollientes, des bains et un régime sévère. Les tumeurs s'affaissèrent rapidement, les ulcères de leur sommet se cicatrisèrent en une quinzaine de jours, et le malade put sortir bien guéri, le 14 décembre, vingt-deuxième jour de son séjour à l'hôpital.

IV.e *Obs. — Excroissances à l'anus; traitement mercuriel antérieur:* 32 *jours de traitement.* — Denisard, soldat au 6.e régiment d'artillerie, âgé de 26 ans, entra dans mes salles le 9 novembre 1823, vingt-unième jour de sa maladie, présentant, de chaque côté de l'anus, une excroissance rosée, aplatie, assez dure, non douloureuse, formée par le développement du tissu cellulaire sous-cutané, qui se développa par suite des *exercices nombreux et fatigans* auxquels il fut obligé d'assister. Dix-huit mois auparavant, ce malade avait été traité à Lille pour des ulcères à la verge, et avait pris 26 *doses de liqueur de Van Swiéten* et subi 36 *frictions mercurielles*. Depuis cette époque, il n'a éprouvé aucun mal vénérien. (Fumigations émollientes, bains de vapeurs aqueuses, alimens légers). Au bout de huit jours, les tumeurs étaient affaissées; au bout du quinzième, elles existaient à peine, et vers le vingtième, elles étaient entièrement disparues. A cette époque, je remplaçai les fumigations émollientes par les vapeurs aromatiques, et après les avoir employées pendant quelques jours, le malade sortit le 11 décembre, trente-unième jour de traitement.

V.e *Obs. — Pustules à l'anus; traitement mercuriel antérieur:* 13 *jours de traitement.* — Lebrun, soldat dans la 9.e compagnie d'ouvriers, âgé de 21 ans, entra le 11 juillet 1823, vingt-septième jour de sa maladie, portant près de l'anus et sur la face interne des fesses, plusieurs pustules arrondies, grisâtres à leur sommet, cuivreuses dans le reste de leur étendue, saillantes au-dessus du niveau

de la peau, suppurantes, et qui avaient succédé à de *petits boutons,* lesquels, au dire du malade, furent *déterminés* eux-mêmes par *la transpiration abondante* qu'entretenait entre les fesses la *chaleur* vive qu'il faisait alors. Deux mois auparavant, il était sorti de mes salles, guéri d'ulcères pour lesquels je lui avais administré 48 *doses de liqueur de Van Swieten*, et 25 *frictions.* Des bains et des fumigations émollientes les dissipèrent en peu de jours. Il sortit guéri le 24 du même mois, après avoir reçu, les derniers jours, des vapeurs aromatiques.

VI.e *Obs. — Pustules à la marge de l'anus; traitement mercuriel antérieur : 36 jours de traitement.* — Benoit, soldat au 61.e régiment de ligne, âgé de 28 ans, entra à l'hôpital de Strasbourg le 24 juin 1823, deuxième mois de sa maladie. Il avait sur les parties voisines de l'anus et sur la face interne des fesses, huit à dix pustules arrondies, élevées, comme gauffrées à leur centre, rosées à leur surface, suppurantes, et déterminant des douleurs pendant la marche; de plus, il en était quelques-unes vers l'extrémité du scrotum, qui étaient cuivreuses, arrondies et sèches.... Six mois auparavant, ce malade subit un *traitement mercuriel* complet à Montpellier, pour un ulcère qu'il avait au prépuce, et c'est *pendant la route* qu'il fut obligé de faire pour se rendre à Strasbourg, qu'il vit se développer des *excoriations entre ses cuisses* et entre ses fesses, lesquelles, augmentant par la continuité de la marche, finirent par déterminer les pustules. Un régime adoucissant, des bains, des fumigations émollientes furent d'abord prescrits; mais leur effet n'étant point assez prononcé, je fis appliquer huit sangsues à l'anus qui opérèrent un dégorgement assez considérable, et soulagèrent beaucoup. Le 6 juillet, les pustules étaient beaucoup diminuées, les fumigations opéraient merveilleusement; le 9, elles étaient affaissées, à peine apercevables; le 15, elles avaient totalement disparu. Le malade prit encore

des vapeurs aromatiques et quelques bains de vapeurs généraux que je prescrivis dans l'intention d'exciter généralement la peau et de détruire l'habitude d'irritation qu'elle aurait pu conserver dans le point malade. Benoit sortit le 1[er] août, trente-sixième jour de son traitement.

VII.[e] *Obs. — Ulcères de la langue, condylome à l'anus; traitement mercuriel antérieur:* 11 *jours de traitement.* — Daumont, soldat dans l'artillerie, âgé de 23 ans, eut une blennorrhagie dont il fut traité par les boissons adoucissantes, les bains et quelques révulsifs du canal intestinal, vers la fin. Quelques mois après, il rentra à l'hôpital avec des excroissances à l'anus, qui déterminaient quelques douleurs au moment de la défécation. Outre les remèdes émolliens, il prit 32 *doses de liqueur de Van Swieten* et fit 28 *frictions mercurielles.* Neuf mois se sont écoulés depuis sa sortie de l'hôpital, et il y rentre aujourd'hui 11 mars 1824, pour y être traité de nouveaux accidens. Sur un des côtés de la langue, on voit trois ulcères assez larges, blancs, superficiels, inégaux à leur surface. Derrière la dernière molaire inférieure, on voit encore un ulcère grisâtre, comme caséeux à son centre, rouge sur ses bords; les amygdales sont légèrement tuméfiées. De plus, il présente depuis quelques jours à l'anus une petite tumeur pâle, dure, indolente, formée par les tuméfactions d'une des rides de la peau. Je prescrivis une panade et une bouillie soir et matin, un gargarisme émollient, un bain de pied sinapisé, et des fumigations émollientes pour être dirigées vers l'anus. Je recommande en outre qu'on touche tous les jours, et plusieurs fois, les ulcères avec un pinceau de charpie trempé dans du miel rosat. Par ces moyens continués, la guérison s'opère rapidement; elle était complète le 20 mars; le malade sortit le 22. Daumont ne put pas m'apprendre d'une manière exacte à quelle cause il fallait attribuer le développement de ses ulcères. Il accusait tour-à-tour la pipe, l'eau-de-vie, ou

le tabac mâché. Mais quand on voudrait supposer qu'ils dépendaient, ainsi que le condylome, d'une infection syphilitique, on voit toujours par ce fait, ainsi que par les précédens, qu'elle n'avait pas été prévenue par le remède *divin*, pour me servir de l'expression d'Astruc, et qu'elle n'est pas bien dangereuse, puisque onze jours d'un traitement rationnel ont suffi, dans ce cas, pour en dissiper les effets. On me dira sans doute que je n'ai fait que pallier le mal, qu'il se reproduira, et que j'expose, en me conduisant de la sorte, mes malades à tous les maux qui caractérisent la vérole *compliquée*, invétérée; mais ce sont de vaines suppositions : c'est un épouvantail chimérique dont l'observation et l'expérience me démontrent chaque jour le ridicule. Quels maux pouvons-nous redouter de plus? Sont-ce les pustules de la peau et de la tête, les périostoses, les *douleurs syphilitiques*, les exostoses? Eh bien, nous verrons que ces altérations ne sont pas plus rebelles au traitement émollient, et qu'on peut très-bien les dissiper sans mercure.

VIII.^e *Obs. — Excroisssances à l'anus, pustules sur le scrotum; traitement mercuriel antérieur : 34 jours de traitement.* — Découtil, soldat au 61.^e régiment de ligne, âgé de 26 ans, entra dans mes salles le 8 du mois d'août 1823, dixième jour de sa maladie. Il avait à la marge de l'anus trois excroissances charnues, grisâtres, dures, indolentes, et sur le scrotum, une dixaine de pustules arrondies, brunâtres, sèches, un peu élevées au-dessus du niveau de la peau. Un an auparavant, ce malade avait eu une urétrite à la fin de laquelle on lui fit prendre 40 *doses de liqueur de Van Swiéten.* D'après lui, ces excroissances ont été produites par les nombreux bains de vapeur qu'il prit pour des maux de tête continuels, et pendant l'usage desquels il se développa *des boutons* entre les fesses, qu'il *gratta et écorcha* souvent. Je le mis à un régime sévère, je lui prescrivis des bains et des fumiga-

tions émollientes. Au bout de quatre à cinq jours, il se développa, sur diverses parties du corps, des furoncles; parmi lesquels deux placés au-devant de la rotule de chaque genou déterminèrent de violentes douleurs. Des sangsues, des cataplasmes opiacés furent employés avec succès. Le 17 août, par suite de sueurs abondantes, la peau se couvrit de plaques saillantes, d'un rouge vif, circonscrites comme celles formées par la piqûre des cousins. La diète, les boissons gommeuses furent prescrites. Le lendemain, les taches avaient disparu. Pendant que les furoncles déterminaient de vives douleurs, les excroissances s'étaient affaissées, et les pustules avaient disparu. Il s'opéra une véritable révulsion, sur la peau et le tissu cellulaire, de l'irritation des organes génitaux et de l'anus. Le malade reçut quelques vapeurs aromatiques, et sortit le 16 septembre.

Dans les observations suivantes on pourra mieux apprécier encore le mode de développement de ces affections de l'anus.

IX.^e Obs. — *Excroissances à l'anus, consécutives à une forte diarrhée, ulcères à la gorge: 21 jours de traitement.* — Décarsin, soldat dans le 47.^e régiment de ligne, entra dans mes salles le 19 août 1823, pour y être traité d'un large ulcère grisâtre, situé sur le filet de la verge, et d'un bubon saillant et douloureux. Il fut traité sans mercure, et sortit le 14 octobre. Le 19 du mois de mars 1824, il rentra à l'hôpital pour y être traité d'excroissances à l'anus, existant depuis 40 jours, et d'ulcères de la gorge, manifestés depuis quinze. L'ayant interrogé sur la manière dont se développèrent ces altérations, il m'apprit que par suite d'une *forte diarrhée*, dont il fut affecté pendant plusieurs jours, il eut une chute du rectum; qu'il éprouva alors d'assez vives *douleurs* au moment où il allait à la selle; que des *boutons* se manifestèrent entre les fesses; et que successivement il se manifesta les ex-

croissances qu'il présentait : les ulcères de la gorge ne se développèrent que vingt-cinq jours après. Ces excroissances étaient nombreuses : elles étaient formées, les unes par le gonflement des rides de la peau, les autres par le développement de bourgeons charnus sur le sommet des boutons ulcérés ; elles étaient un peu douloureuses. La muqueuse rectale était rouge, un peu tuméfiée, et ulcérée dans quelques points de son pourtour. Les amygdales étaient tuméfiées ; on remarquait sur elles et sur les piliers du voile du palais qui étaient rouges, de petits ulcères grisâtres au centre et rouges vers leurs bords. Je prescrivis huit sangsues à l'anus, des fumigations émollientes, un gargarisme adoucissant, un cataplasme autour du cou, et une seule crême de riz pour aliment. Le lendemain, les douleurs de l'anus *étaient totalement dissipées*. Dix sangsues furent appliquées sur les parties latérales et supérieures du larynx ; l'effet qui résulta de l'écoulement abondant de sang qu'elles produisirent, fut très-prononcé ; la déglutition fut plus facile, et la voix, qui jusque-là avait été enrouée, devint plus claire. Les émolliens furent continués ; la gorge fut guérie au bout d'une huitaine de jours. Plus tard, les excroissances s'affaissèrent et pâlirent : une seule d'entre elles fut excisée. Le malade était entièrement guéri le 4 avril ; il ne sortit que le 10, vingt-unième jour de son séjour à l'hôpital.

Bien qu'on puisse accuser le virus des accidens qu'a éprouvés ce malade, puisqu'il n'avait pas pris de mercure pour ses symptômes primitifs, il est certain toujours que c'est à l'irritation de la muqueuse rectale, occasionnée par le passage des matières diarrhéiques et par la chute de l'intestin, que furent dus les boutons et les excroissances qui leur succédèrent. Les rapports étroits qui existent entre le pharynx et l'anus et les organes génitaux, expliquent le développement des ulcères qui y furent observés, et il n'est pas besoin d'un virus pour

s'en rendre compte. Nous observerons, au reste, les mêmes phénomènes chez des individus chez lesquels cette cause (le virus) ne pouvait être invoquée: (*Voyez* mes Propositions 22, 23, page 169 du 5.ᵉ volume).

X.ᵉ *Obs.* — *Pustules et excroissances de l'anus déterminées par la fatigue du cheval :* 10 *jours de traitement.* — Je reçus dans mes salles, le 6 mars 1824, le nommé Wardel, soldat au 4.ᵉ régiment d'artillerie légère, âgé de 26 ans, qui revenait d'Espagne. Six mois auparavant, il avait eu un chancre sur la verge, pour le traitement duquel il ne prit que quelques pilules mercurielles. Pendant le voyage, Wardel eut les *fesses écorchées,* surtout près du rectum, par la continuité de l'exercice à cheval qu'il fut obligé de faire; des *boutons se manifestèrent*, et il leur succéda les lésions qu'il présentait à son entrée. C'était quatre à cinq pustules arrondies, cuivreuses, fendillées à leur surface, élevées d'une ligne à peu près au-dessus du niveau de la peau, et de plus, une excroissance formée par la tuméfaction d'une des rides de la peau, près de l'ouverture anale. Les fumigations émollientes, les bains furent employés, et l'effet qu'ils produisirent fut si favorable, qu'au bout de six jours la cure était complète. Pendant quatre jours encore, le malade reçut des vapeurs aromatiques, et il sortit le 16 mars, dixième jour de son séjour.

XI.ᵉ *Obs.* — *Excroissances à l'anus développées par une marche de* 56 *jours :* 45 *jours de traitement.* — Oustot, sapeur au 19.ᵉ régiment de ligne, entra dans mes salles le 27 janvier 1824, pour y être traité d'excroissances à l'anus. Les tumeurs étaient rosées, saillantes, scissurées dans toute leur étendue, placées à un pouce de l'anus. La face interne des fesses présentait quelques points légèrement ulcérés et comme gonflés. En partant de Perpignan pour rentrer en France, cet homme jouissait d'une parfaite santé; mais après *deux jours de marche,*

il eut la face interne des *fesses écorchée*, il saigna même un peu : continuant malgré cela sa marche, les excoriations s'agrandirent, devinrent douloureuses, et donnèrent enfin lieu au boursouflement du tissu cellulaire sous-jacent. A son arrivée à Strasbourg, il mit du cérat entre ses fesses, resta tranquille, et guérit ainsi de ses écorchures; mais les tumeurs qui s'étaient développées persistèrent et le forcèrent à entrer à l'hôpital. Bien qu'auparavant cet homme eût été affecté d'un chancre, qui fut traité sans mercure, je n'en regardai pas moins ces excroissances comme dues à l'irritation prolongée que détermina la marche, et je me bornai à l'emploi des bains et des fumigations émollientes. Les tumeurs s'affaissèrent successivement, devinrent dures, pâles; je proposai au malade l'excision, mais il s'y refusa. J'employai alors la poudre de sabine, avec laquelle je les saupoudrai; mais l'effet qu'elle produisit fut lent et peu prononcé; de sorte que le malade fut enfin obligé de les laisser enlever. Peu de jours après, il était guéri : il sortit le 12 avril. Les tumeurs excisées étaient formées par un tissu cellulaire condensé, ferme, comme fibreux.

Nous allons voir maintenant les mêmes lésions se manifester sous l'influence des mêmes causes chez des individus qui n'avaient pas eu de phénomène primitif de vérole.

XII.^e^ *Obs.* — *Pustules, végétations et excroissances à l'anus déterminées par la marche, chez un homme qui n'a jamais eu de symptôme syphilitique : 25 jours de traitement.* — Sichriste, soldat au 6.^e^ régiment d'artillerie, âgé de 21 ans, entra dans mes salles le 18 du mois de février 1824, quarantième jour de sa maladie. Cet homme n'a jamais eu aucun symptôme vénérien; c'est par suite des *marches forcées* qu'il fut obligé de faire, qu'il se manifesta des *boutons* entre ses fesses et à la marge de l'anus, il les *écorcha*; ceux-ci s'enflammèrent, les parties voisines

se tuméfièrent, l'épiderme s'enleva et bientôt une foule de petites végétations se développèrent. A son entrée à l'hôpital, il présentait d'un côté de l'anus une pustule saillante de deux à trois lignes, rouge à sa surface, scissurée dans plusieurs points, divisée en trois parties principales par des ulcères grisâtres, linéaires. Du côté opposé, il existait une tumeur rouge, aplatie vers sa face interne, ulcérée à son sommet; en outre on remarquait autour et au-dessous de ces tumeurs, une cinquantaine de petites tumeurs verruqueuses, du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Je prescrivis des bains émolliens, des fumigations fréquentes et un régime léger. Les tumeurs diminuèrent, les végétations tombèrent ou s'affaissèrent. Le 4 mars, la guérison était presque entière. Je donnai alors des fumigations aromatiques et quelques bains généraux de vapeurs aromatiques, et le malade sortit le 13, vingt-cinquième jour de son séjour.

XIII.[e] *Obs. — Pustules nombreuses des fesses, du scrotum et de l'anus; excroissances développées par la marche chez un homme qui n'a jamais eu de symptôme primitif de vérole; ulcères de la verge et de la lèvre inférieure; engorgement des amygdales, consécutif à ces affections de l'anus : 47 jours de traitement.* Pierre Mary, soldat du train d'artillerie, âgé de 24 ans, entra dans mes salles le 1.[er] avril 1824. Il présentait sur toute la face interne des fesses, au pourtour de l'anus, sur le scrotum, et même au sommet des cuisses, un grand nombre de pustules rondes ou ovales, de couleur cuivreuse, saillantes d'une ligne à peu près au-dessus du niveau de la peau, ulcérées à leur surface, et donnant lieu à une exhalation abondante de matières purulentes. Toute l'étendue de la surface interne, considérée en général, présentait un aspect gauffré; de plus, près de l'ouverture anale, il existait deux excroissances aplaties, rosées, saillantes, formées par le gonflement des rides de la peau. Sur le prépuce et au-

dessous de la couronne du gland, il existait de petites excoriations peu profondes, développées depuis peu de jours; et sur la lèvre inférieure, il y avait un ulcère grisâtre de l'étendue d'une grosse lentille; et enfin, les amygdales étaient gonflées et rouges. Mary prétendit n'avoir jamais eu ni chancre, ni bubon, ni blennorrhagie. Il nous dit qu'en revenant d'Espagne il fut obligé de *monter sur sa selle à nu*, n'ayant pas de schabraque; que par le frottement, il se manifesta des *petits boutons* qui, ulcérés par la continuité de la marche, donnèrent lieu à l'inflammation des parties internes des fesses, et furent enfin cause de son mal. Je mis mon malade à l'usage des bains et des fumigations émollientes; je fis tomber l'ulcère de la lèvre avec du miel rosat, et lui recommandai de tremper, deux fois par jour, sa verge dans une décoction de graine de lin. Par ces moyens, les pustules s'affaissèrent, les excroissances pâlirent et diminuèrent, les ulcères se cicatrisèrent. Vers le quinzième jour, il n'y avait plus rien à la verge ni sur la lèvre; vers le trentième, tous les maux de l'anus étaient guéris. Cependant, vers la partie supérieure des cuisses, il y avait encore quelques parties un peu tuméfiées et rosées; je prescrivis des fumigations aromatiques, et la cure étant complète, le malade sortit le 17 mai.

On voit, dans ce cas, l'excitation déterminée par la fatigue, donner lieu au développement des pustules et des excroissances de l'anus; l'irritation de ces parties retentir aux organes génitaux, et entraîner enfin le développement de l'ulcère de la lèvre et de l'engorgement des tonsilles. Le malade n'ayant rien eu primitivement, on ne peut accuser le virus syphilitique, et par conséquent, la connexion de ces parties peut seule servir à expliquer leur concomitance d'affections.

XIV.e *Obs.* — *Pustules nombreuses du scrotum, ulcère et excroissances de l'anus; ulcères des amygdales dévelop-*

*pés par la marche chez un homme qui n'a jamais eu de symptôme primitif de vérole : 29 jours de traitement.* — Thomassin, soldat dans les compagnies du train d'artillerie, entra dans mes salles le 19 mars 1824. Il présentait, sur le scrotum et à la base de la verge, une vingtaine de pustules de couleur brunâtre, inégales, dures au toucher, de l'étendue d'une pièce de cinq sols, saillantes au-dessus du niveau de la peau, et exhalant une assez grande quantité de matières comme purulentes; de plus, il avait près de l'anus une excroissance rougeâtre, pédiculée, grosse comme une noisette; et du côté opposé, une pustule large, ulcérée à son sommet, ayant un pouce de diamètre à peu près, parcourue par un grand nombre de petits sillons, et suppurant abondamment. Enfin, les piliers du voile du palais étaient rouges, et les amygdales étaient gonflées et ulcérées; l'une d'elles, la droite, présentait, dans la partie supérieure, une perte de substance assez grande, à laquelle correspondait un ulcère grisâtre, pulpeux. A ces symptômes, qui aurait osé mettre en doute l'existence d'une syphilis constitutionnelle? et qui aurait osé s'abstenir du spécifique? Il est bien peu de personnes, sans doute, qui eussent résisté à ce concours de preuves. Eh bien! cependant, le malade n'avait pas eu de chancres, d'urétrite, de bubons; il avait vu fort peu de femmes, et il y avait plus de trois mois qu'il n'avait exercé le coït, quand ces phénomènes se manifestèrent. Voici comment se développa la maladie. Par suite *des marches forcées* que ce soldat fit en Catalogne pendant la dernière campagne, il se développa *un petit bouton* sur les bourses; à la suite des frottemens continuels exercés sur lui, il *s'ulcéra*; de nouveaux se développèrent; un onguent dessicatif qu'appliqua sur eux le malade, loin de les diminuer, ne fit que favoriser leur éruption. Le scrotum *s'excoria*, devint douloureux, et bientôt se manifestèrent de petites pustules. Plus tard, par la continuité de cette irritation, il se ma-

nifesta des boutons entre les fesses; la muqueuse anale s'excoria, les boutons s'écorchèrent et successivement il se développa l'ulcère et l'excroissance; enfin la gorge s'enflamma, et les ulcères des amygdales se manifestèrent. Evidemment tous ces phénomènes ont été produits par la transmission de l'irritation scrotale à des parties sympathiquement unies avec le siége primitif du mal, et cette explication est plus satisfaisante que celle qui roulerait sur l'admission d'un virus circulant dans les humeurs, et s'arrêtant spontanément dans certaines parties pour les altérer; mais, dans ce cas, l'idée du virus n'est point admissible, puisque le malade n'a jamais eu aucun des maux propres à déterminer son introduction dans l'économie, à moins pourtant qu'on ne veuille recourir à la *sublime* invention de l'absorption d'emblée. Quoi qu'il en soit; je fis mettre des sangsues au col, je prescrivis des gargarismes émolliens, des bains, des fumigations émollientes, et un régime léger. Au bout de huit jours, l'ulcère de la gorge était cicatrisé, la tuméfaction des amygdales et du voile du palais était dissipée. L'excroissance de l'anus était affaissée, la pustule était pâle, moins saillante; les pustules scrotales étaient moins élevées. Les mêmes moyens furent continués, et par eux seuls j'obtins une cure rapide. Le malade sortit le 18 avril, vingt-neuvième jour de son séjour.

Dans l'observation suivante, on va voir encore des végétations nombreuses de l'anus, qui se sont manifestées chez un homme qui n'avait pas eu de symptôme primitif.

XV.^e^ *Obs.* — *Végétations à l'anus : 25 jours de traitement.* — Lardiller, soldat au 61.^e^ régiment de ligne, âgé de 27 ans, entra à l'hôpital le 19 novembre 1823, trentième jour de sa maladie. Sans cause connue, et quoique n'ayant jamais eu de *symptôme primitif* de vérole, il vit se manifester autour de l'anus de petites végétations grisâtres, pédiculées, qui tombaient et se reproduisaient

rapidement, mais qui finirent par devenir si nombreuses, qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital. Quand je le vis, il avait un paquet énorme de ces végétations; elles étaient blanches, multilobées, fermes, assez analogues dans leur ensemble à un choufleur, peu douloureuses à la pression, et gênaient le malade quand il était assis. De plus, les piliers du voile du palais étaient rouges, tuméfiés; la déglutition était difficile, et la peau était, depuis quelques jours, couverte de boutons de gale. Les bains, les fumigations émollientes, les frictions antipsoriques furent employés ainsi que les gargarismes adoucissans. Les végétations noircirent et tombèrent par parcelles; j'enlevai avec des ciseaux courbes le petit nombre de celles qui restaient, et le malade, parfaitement guéri, put sortir le 14 décembre, vingt-cinquième jour depuis son entrée.

Sur quinze observations d'affections de l'anus que nous venons de présenter, on a vu que dans huit un traitement mercuriel avait été administré contre les premiers accidens qu'avaient présentés les malades; que dans trois, il y avait eu des phénomènes primitifs, traités par les seuls émolliens; et que dans les quatre derniers, les malades n'avaient jamais rien eu qui pût faire suspecter la vérole. Fallait-il considérer, chez ces divers individus, la maladie comme différente? regarder, dans les premiers, l'infection comme très-profonde, puisque le mercure avait été inefficace, et chez les derniers, le mal comme purement local? Fallait-il, au contraire, regarder le virus comme détruit chez les premiers, et le mal comme purement local et accidentel, et attribuer les phénomènes produits chez les derniers, à une vérole prise d'emblée? Toutes ces suppositions pouvaient être faites; or, comment porter un diagnostic certain? Comment s'éclairer dans une question de cette nature? existait-il quelque différence dans les caractères physiques

de ces maux? Non. Présentaient-ils moins de gravité chez les derniers individus que chez les premiers? Non; puisque chez Thomassin il y avait en même temps que pustules et excroissances de l'anus, pustules du scrotum et des fesses, ulcères et engorgement des amygdales; puisque chez Mary il y avait, avec les mêmes lésions de l'anus, un ulcère de la lèvre et un engorgement des amygdales; puisque, chez Sichriste, il y avait une cinquantaine de tumeurs verruqueuses. Leur cause différait-elle? Non; puisque chez presque tous, les fatigues de la marche ou de l'équitation les ont déterminées. Leur traitement peut-il servir à les différencier? Non; puisque chez tous il a été également efficace, quoique non mercuriel. Que faut-il donc conclure de ces faits? 1.° Que les végétations, excroissances, rhagades à l'anus, etc., sont des produits ordinaires d'une excitation prolongée de cette partie; 2.° qu'il ne faut pas conclure que leur nature est spécifique, parce qu'elles se sont développées chez un individu qui a eu des symptômes vénériens; 3.° qu'elles n'annoncent pas une infection des humeurs, nécessitant l'emploi du mercure; 4.° que l'usage de ce métal est inutile contre les phénomènes primitifs, puisqu'il ne prévient pas l'apparition de ceux qu'on regarde comme consécutifs; 5.° enfin, que leur traitement doit être le même, que l'individu qui les porte ait eu ou n'ait pas eu antérieurement des chancres ou des blennorrhagies, qu'il ait pris ou non du mercure. Mais poursuivons l'exposition des faits.

Dans l'observation qui suit, nous allons voir une affection du pharynx et de l'anus déterminée par une irritation psorique de la peau.

XVI.ᵉ *Obs. — Gale suivie d'angine et de pustules à l'anus : 20 jours de traitement.* — Mérot, soldat au 61.ᵉ régiment de ligne, entra dans mes salles le 23 août 1823. Il eut une blennorrhagie, il y a deux ans, et depuis cette

cette époque il a joui d'une parfaite santé. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il fut attaqué de la gale, et peu de temps après, il éprouva de la difficulté à avaler, et des démangeaisons assez fortes à l'anus. La gale faisant toujours des progrès, et occasionnant des démangeaisons extrêmement vives, l'angine augmenta, et il se développa à l'anus deux petites pustules qui s'accrurent successivement, et finirent par devenir très douloureuses. Quand je l'examinai, je trouvai la peau couverte de boutons assez gros, et une foule d'écorchures qui avaient été produites par la satisfaction du besoin de se gratter. La gorge était douloureuse, les piliers du voile du palais étaient rouges, enflammés; il y avait à l'anus deux pustules assez larges, inégales à leur surface, grisâtres, comme gauffrées. Je prescrivis quinze sangsues au cou, un gargarisme adoucissant, des fumigations émollientes et un régime léger. L'effet produit par les sangsues fut favorable; la déglutition devint plus facile. Je fis mettre un cataplasme autour du cou, et de plus, je donnai des bains; les pustules de l'anus s'affaissèrent et guérirent rapidement. Je recourus alors aux frictions antipsoriques, aux bains sulfureux, et le malade put sortir parfaitement guéri de sa triple affection, le 10 septembre.

XVII.e *Obs.* — *Ulcères des lèvres et des amygdales, douleurs à l'anus déterminées par l'irritation des organes génitaux*: 52 *jours. Effet du vésicatoire; traitement mercuriel antérieur.* — Thouliet, soldat dans le 6.e régiment d'artillerie, âgé de 20 ans, entra dans mes salles le 29 janvier 1824, quarantième jour de sa maladie. Il avait sur la muqueuse qui tapisse la lèvre inférieure, quatre à cinq petits ulcères grisâtres, irréguliers, pointillés; les gencives étaient ulcérées sur leur bord qui était grisâtre; de plus, le malade se plaignait d'éprouver des douleurs à l'anus, mais l'examen le plus attentif ne me fit rien découvrir, hors une légère rougeur. Un an auparavant ce

soldat avait pris, pour des ulcères à la verge, un *traitement mercuriel complet,* et, depuis cette époque, il avait joui d'une bonne santé; mais, deux mois avant son entrée à l'hôpital, il se développa sur son prépuce des *petits boutons* qui s'ulcérèrent et formèrent des espèces de chancres (ce malade n'avait pas vu de femmes depuis fort long-temps). Il voulut les faire cicatriser, et pour cela il les recouvrit d'une pommade qu'on lui indiqua; il en résulta d'assez *vives douleurs,* et quelques *jours après,* il avait dans la bouche des petits boutons blancs qui s'écorchèrent et formèrent les ulcères qu'il présente: les douleurs à l'anus se manifestèrent plus tard. Je mis le malade à un régime sévère, et prescrivis des gargarismes adoucissans et des fumigations émollientes. Ces moyens furent continués sans amélioration sensible; les ulcères des gencives s'étendirent, l'haleine devint très-fétide, et il se développa de nouveaux ulcères sur les amygdales. Je fis faire des scarifications sur les gencives, envelopper le cou avec des cataplasmes, et diriger vers la gorge des vapeurs émollientes; je recommandai en outre au malade d'exposer la région anale aux vapeurs d'une décoction de jusquiame. Il y eut un peu d'amélioration, mais elle ne fut pas très-marquée. Je pensai alors que je devais établir une irritation à la nuque pour révulser celle de la bouche; un vésicatoire fut placé; la suppuration qu'il détermina fut assez abondante, et elle fut chaque jour entretenue par des pansemens excitans. Au bout de quatre à cinq jours, depuis l'apposition de l'exutoire, je remarquai une amélioration sensible. Les ulcères se cicatrisèrent rapidement, les gencives pâlirent et revinrent successivement à leur état naturel. Au bout d'une quinzaine de jours, la cure était complète en ce point. L'anus était encore un peu douloureux, surtout pendant la défécation; les vapeurs narcotiques, les lavemens émolliens, légèrement opiacés, furent employés,

et toutes les douleurs disparurent. Le malade sortit de mes salles le 21 mars.

Evidemment ici les ulcères de la bouche et les douleurs de l'anus ont été produites par la répétition dans ces parties de l'irritation de la verge. On ne peut supposer un virus, puisque les boutons ne furent point dus au coït, et puisque le malade fit un traitement mercuriel pour les ulcères qu'il présenta une année auparavant. Mais quelle que soit l'opinion que l'on adopte à cet égard, cette observation n'en est pas moins intéressante; en effet, si les phénomènes observés furent dus au virus syphilitique, il en résulte, 1.° que les mercuriaux que prit le malade pour le détruire furent inutiles; et 2.°, que ces infections constitutionnelles ne sont pas bien graves, puisque leurs effets se dissipent sous l'influence des antiphlogistiques, des révulsifs, et sans aucun spécifique. Si l'on regarde, au contraire, la maladie comme n'ayant pas été vénérienne, il en résulte qu'une irritation ordinaire peut donner lieu aux mêmes phénomènes que ceux qu'on attribue au virus: or, puisqu'il n'existe aucune différence dans les caractères, le mode de développement, la marche, les effets des médicamens, entre les maux qu'on dit syphilitiques et ceux qui ne le sont pas, nous sommes autorisés à les regarder comme identiques, ce que l'observation démontre d'ailleurs être vrai. Le vésicatoire a été très-efficace dans ce cas; dans l'observation suivante, nous allons encore le voir déterminer des effets très-favorables contre des douleurs qu'on pouvait regarder comme syphilitiques.

XVIII.^e^ *Obs. — Excoriations à l'anus; douleurs ostéocopes consécutives à un traitement mercuriel fait aux Capucins à Paris : 51 jours.* — Gros, vétéran, incorporé dans le 47.^e^ régiment de ligne, âgé de 30 ans, entra le 13 juin 1823, dix-huitième jour de sa maladie, présentant à l'anus des excoriations superficielles et un ou deux petits ulcères qui déterminaient des douleurs assez vives, sur-

tout pendant la marche et au moment de la défécation; de plus, il éprouvait dans les cuisses et dans les bras des douleurs sourdes, profondes, augmentant pendant la nuit. Ces phénomènes se sont montrés pendant la route de Paris à Strasbourg, deux mois après un *traitement mercuriel* qu'a fait le malade à l'hôpital des Capucins à Paris, et qui se composa d'un grand nombre de frictions avec le protochlorure de mercure. Je le mis à l'usage des bains, et lui fis prendre quelques bains de vapeur au cinabre, pour voir si la cure serait plus rapide qu'à l'aide des seuls émolliens. Après les avoir continués pendant vingt-cinq jours, je fus obligé de les suspendre; les douleurs de l'anus étaient devenues très-vives, et pour les calmer je fus obligé d'y faire une application de huit sangsues. Les douleurs des membres avaient un peu diminué par l'usage des bains; les sangsues opérèrent un effet favorable. Quelques jours après, les douleurs des membres devinrent plus vives, quoique vagues. Je crus alors devoir les fixer et les déplacer à l'aide d'une irritation vive de la peau; je fis mettre un large vésicatoire à un bras et à une cuisse; les émolliens en fumigations et en bains furent continués. L'effet des vésicatoires fut très-favorable; les douleurs diminuèrent considérablement et furent totalement dissipées au bout de quelques jours. D'autre part, les ulcères et les excoriations de l'anus étaient guéris, de sorte que le malade put sortir le 4 août. Un mois après sa sortie, Gros vit se reproduire l'excoriation de l'anus, et de plus fut affecté d'une urétrite. Il rentra le 7 octobre. Je le mis aussitôt à l'usage des vapeurs émollientes et narcotiques, des boissons adoucissantes et des bains. L'écoulement urétral, qui était léger, se dissipa rapidement, et quelques jours après les excoriations anales guérirent aussi. Avant de laisser sortir ce malade, je lui donnai quelques bains de vapeurs aromatiques, et fis faire sur sa peau des frictions sèches pour détruire l'habitude d'irri-

tation contractée par la partie de cette enveloppe avoisinant l'anus. Il quitta l'hôpital le 30 octobre, et depuis cette époque il a joui d'une bonne santé.

Pour les personnes sans prévention, ce fut la marche qui détermina les excoriations anales, et les douleurs des membres, quoiqu'augmentant la nuit, n'étaient pas dues au virus syphilitique. La récidive des accidens, un mois après la sortie du malade, ne prouve pas davantage l'infection; car la physiologie pathologique nous apprend que plus un organe a été irrité long-temps, plus il a de tendance à le devenir encore sous l'influence des causes les plus légères. Quoi qu'il en soit, on a vu, qu'en agissant de la même manière que s'il n'y avait rien de spécifique dans ce cas, j'ai deux fois guéri mon malade, tandis qu'en recourant à de fortes doses de mercure, j'aurais peut-être gravement compromis sa santé, sans obtenir d'effet plus rapide pour la guérison de ses maux.

Nous allons présenter maintenant quelques faits propres à démontrer cette tendance à l'irritation qu'ont les parties qui en ont déjà été atteintes. Dans l'observation suivante on pourra apprécier en outre l'influence des irritations gastriques sur la production des irritations des organes génitaux, et celle de ces parties sur le développement des altérations qu'on remarque si souvent concomitamment vers l'anus ou les parties composant la bouche.

XIX.^e^ *Obs.* — *Ulcères de la verge qui ont récidivé plusieurs fois malgré deux traitemens mercuriels sous l'influence des stimulations gastriques, suivis d'ulcères à la bouche et d'excroissances à l'anus: 50 jours de traitement.* — Cap, soldat dans le 4.^e^ régiment d'artillerie, fut atteint d'ulcères à la verge. Il fit un traitement mercuriel composé de *quarante doses de liqueur de Van-Swiéten* et *de vingt frictions mercurielles*. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, sans s'être exposé à une nouvelle infection et par l'usage abusif des boissons alcoholiques, il voit reparaître sa ma-

ladie ; il fut soumis encore à un traitement mercuriel (1). Peu de temps après, sous l'influence des mêmes causes, les mêmes phénomènes se reproduisirent ; il revint à l'hôpital. Pour cette fois je m'abstins du mercure et ne lui administrai que des adoucissans. Il guérit rapidement, mais à peine un mois s'était-il écoulé depuis sa sortie, qu'après un jour passé dans l'ivresse, il vit encore reparaître ses ulcères sans avoir vu de femmes. Ceux-ci étant négligés, s'accrurent, devinrent douloureux et déterminèrent bientôt l'engorgement du prépuce. Quinze jours après leur apparition, le malade éprouva des démangeaisons à l'anus ; il se gratta, une excoriation se forma, une inflammation se développa, et quelques jours après, il y avait deux excroissances : de plus, sur les lèvres et à la face interne de la joue droite, il se développa de petites vésicules blanches, analogues aux aphthes, qui crevèrent et donnèrent bientôt naissance à de véritables ulcères. Quand le malade se présenta à moi, il avait quatre à cinq petits ulcères grisâtres, peu profonds, situés à la face interne de la lèvre inférieure. La muqueuse qui tapisse la joue droite était ulcérée dans l'étendue d'un pouce ; sa surface était grisâtre, recouverte d'une membrane pulpeuse peu épaisse ; les bords de l'ulcère étaient rouges, un peu saillans ; de plus il existait à l'anus deux condylomes assez saillans, pâles et indolens. Je fis appliquer quatre sangsues sur le siége de l'ulcère anal, prescrivis des gargarismes émolliens, des fumigations avec la décoction de feuilles de mauve, et recommandai au malade de tremper plusieurs fois par jour sa verge dans une décoction de graine de lin. Ces moyens furent efficaces ; ils opérèrent en peu de jours une amélioration remarquable.

(1) Les malades auxquels j'ai ainsi administré plusieurs fois ces mercuriaux, étaient dans mes salles à une époque où mes opinions sur le virus n'étaient point encore bien fixées.

Plus tard, les ulcères de la bouche furent touchés avec le miel rosat; ceux de la verge avec une dissolution légère de sulfate de zinc, et quelques bains de vapeurs aromatiques furent prescrits. La guérison s'opéra successivement; elle était complète le 40.e jour; le malade sortit le 50.e.

Si l'on veut supposer que ces excroissances de l'anus et ces ulcères de la bouche étaient des effets de l'infection constitutionnelle, on voit que le mercure, employé deux fois à toutes doses, n'a pas détruit le virus, et qu'un traitement simple a dissipé tous les accidens. Qu'on réfléchisse à de tels faits sans prévention, et qu'on juge de la solidité de la théorie des maladies vénériennes, *consacrée par des siècles d'expérience et d'observation.*

XX.e *Obs. — Bubons récidivés malgré un traitement mercuriel : 75 jours de traitement.* — Quéry, soldat au 47.e régiment de ligne, entra à l'hôpital dans le mois de septembre 1823, pour y être traité d'ulcères vénériens et de deux bubons. Je lui fis administrer *du mercure en frictions en liqueur.* Le traitement fut long, vu que les bubons résistèrent long-temps et ne se dissipèrent que sous l'influence de *l'iode* administré en frictions locales. Quéry sortit le 2 janvier 1824. Le 29 du même mois, il rentra dans mes salles. Il présentait dans une aine un bubon dur, volumineux, et dans l'autre, une tumeur déjà abcédée. Ces engorgemens s'étaient manifestés peu de jours après sa sortie, *par suite de la marche* et des excès de boissons alcoholiques qu'il commit. Il éprouvait, en outre, le long des cuisses, des douleurs assez vives, augmentant pendant la nuit. Le repos, un régime sévère, des cataplasmes émolliens, des bains furent prescrits, et tout simples qu'ils étaient, ces moyens suffirent pour opérer la guérison. Le traitement fut pourtant un peu long, parce que le bubon qui, à l'époque de l'entrée du malade, était dur, se ramollit et suppura. Quéry sortit le 14 avril.

XXI.[e] *Obs.— Bubons et ulcères qui ont récidivé malgré un traitement mercuriel: 48 jours.* — Gandot, soldat dans le 6[e] régiment d'artillerie à pied, vint dans mes salles. Il y fut traité, pour des ulcères de la verge et des bubons, par les mercuriaux; il prit *soixante doses de liqueur de Van-Swiéten* et subi *trente frictions mercurielles.* Cinq à six jours après qu'il fut sorti, par suite *de l'exercice* qu'il fut obligé de faire, et sans *avoir vu de femmes*, sa verge se tuméfia, de petits boutons se manifestèrent sur elle, et bientôt après des ulcères furent produits. Plus tard, l'engorgement des ganglions inguinaux se manifesta, et telle fut la rapidité avec laquelle marcha l'inflammation qui les avait produits, qu'à l'époque de l'entrée du malade, il y avait dans chaque aîne une tumeur suppurante. Les cataplasmes, les bains de verge, le repos, furent prescrits. Plus tard les ulcères furent touchés avec la dissolution de cuivre, et le malade guérit sans prendre du mercure, et sortit le 30 octobre.

Évidemment, dans ce cas comme dans le précédent, la marche fut la cause de l'engorgement inguinal. Cette cause est une des plus ordinaires de la réapparition des bubons, et dans une foule de circonstances j'ai pu apprécier son influence. J'ai vu des hommes chez lesquels il y a eu cinq à six récidives, et cela malgré un, deux et même trois traitemens mercuriels. La chose est facile à concevoir: il n'existe pas de virus syphilitique; le mercure guérit en opérant une révulsion, sur un grand nombre de parties, de l'irritation qui existait dans un point borné, mais il n'enlève pas les dispositions que conservent les organes à redevenir malades. Or, si un individu, qui a déjà eu les ganglions inguinaux malades ou qui les a eus un peu plus excités que dans l'état ordinaire par le fait d'une irritation qui s'est prolongée dans les organes génitaux, marche trop immédiatement après sa sortie de l'hôpital, ou bien se livre avec trop d'ardeur au coït, il arrive que

ces parties sont irritées avec facilité, et se tuméfient (*voyez* les propositions 20 et 21). Il en est de même pour la récidive des ulcères et pour l'apparition des chancres après les gonorrhées, etc., etc. Nous pourrions en citer une foule de preuves, car nous possédons un grand nombre d'observations ; mais je l'ai déjà dit : mon intention n'est, en publiant ce mémoire, que d'indiquer rapidement mes opinions sur la syphilis, de fournir aux médecins quelques faits propres à les enhardir dans le traitement de leurs malades, et non pas de donner tous les développemens qu'exige une question d'une aussi grande importance. Ces développemens se trouveront dans mon ouvrage, ainsi que tous les faits principaux sur lesquels repose ma manière de voir. Que le lecteur ne me juge donc pas d'après ce léger aperçu, et qu'il attende pour porter une décision définitive sur la valeur des objections que je fais à la théorie, maintenant encore professée, que j'aie réuni et coordonné tous ces matériaux ; il verra alors que mes argumens ne reposent que sur des faits, et que je puis rendre un compte satisfaisant de tout ce qui est observé dans les prétendues maladies syphilitiques, sans être obligé de recourir à des êtres chimériques et à des explications ridicules. Mais continuons l'exposition des faits, et prouvons toujours que tous les prétendus symptômes d'infection générale de l'économie par le principe vérolique peuvent très-bien guérir, étant traités sans mercure, et se manifestent également chez les personnes qui ont fait antérieurement usage de ce métal.

(*La fin au prochain Numéro.*)

*Plusieurs perforations du canal intestinal, et spécialement des gros intestins, à la suite d'une affection tuberculeuse; observation recueillie à l'hospice de Bicêtre, par* E. Legallois.

Brorot (Roches), âgé de 23 ans, exerçant la profession d'horloger, est entré dans les premiers jours de janvier 1823, à l'infirmerie de Bicêtre. Il ressentait de vives douleurs dans le ventre. Quelques jours de traitement amenèrent une guérison apparente, et ce malade sortit contre l'avis du médecin. Nouvelle entrée au commencement de mai. M. Pariset fait alors sentir une tumeur inégale qui semble occuper toute l'étendue du ventre, mais qui est sur-tout sensible vers la région iliaque droite. Le pouls est fréquent et concentré; la peau sèche, âpre, et d'une couleur terreuse; celle du ventre est tirée et tendue entre les côtes et les crêtes iliaques, comme le serait la peau d'un tambour, sans qu'il y ait de météorisme. La pression sur cette partie est très-douloureuse. Les moyens dérivatifs et antiphlogistiques, tels que frictions avec pommade émétisée, sangsues à l'anus, lavemens émolliens, sont employés sans succès. Les douleurs sont de plus en plus vives, les forces et l'appétit baissent de jour en jour; bientôt le malade ne peut plus supporter que quelques cuillerées de bouillon; il a des vomissemens liquides et porracés: il évacue incessamment une matière séreuse, blanchâtre et opaque, dans laquelle nagent des portions d'un tissu blanc, mou et membraniforme, qui paraît appartenir à l'intestin plutôt qu'à une exsudation membraniforme. Après quinze jours de souffrances, ce malheureux s'éteint dans le dernier degré du marasme et de l'épuisement.

L'ouverture fut faite le samedi 30 mai, dix-huit heures après la mort.

On remarquait déjà sur les tégumens du bas-ventre la teinte verte qu'ils ne présentent d'ordinaire que plus tard. A peine furent-ils incisés, qu'on vit jaillir un flot de matières semblables à celles que le malade rendait par les selles. Nous détachâmes avec précaution le grand épiploon de la paroi de l'abdomen, à laquelle il adhérait, et nous trouvâmes les désordres suivans :

Tous les organes de l'abdomen étaient adhérens entr'eux : en haut, le diaphragme, l'estomac, le foie, le rein, la rate étaient étroitement unis ; en bas, le grand épiploon considérablement épaissi adhérait, par son bord libre, à la circonférence du bassin, formait, pour ainsi dire, une seconde paroi au-dessous de la musculeuse, et cachait l'état des organes sous-jacens. Après avoir soulevé cette membrane, je découvris les circonvolutions de l'intestin confondues les unes dans les autres, agglomérées entr'elles, et, si je puis m'exprimer ainsi, macérant dans le liquide qui s'était écoulé lors de l'incision des muscles abdominaux. Le mot macération convient sur-tout pour les organes contenus dans le petit bassin, qui était devenu comme une espèce de cloaque, où se rendaient en abondance les matières stercorales qui s'échappaient du cœcum et du colon descendant, largement perforés. Le péritoine, rugueux par-tout, l'était particulièrement dans ce foyer, et avait dans beaucoup d'endroits un aspect noir, comme gangréneux. Sur cette masse on voyait une multitude de petits amas d'une matière blanche, opaque, caséiforme ; ici plus molle, là plus consistante ; tantôt disposée en manière de traînée, tantôt rassemblée en paquets d'un volume variable, depuis celui d'un grain de chénevis jusqu'à à celui d'un gros pois, et dans laquelle il était difficile de méconnaître la matière tuberculeuse.

A cette altération près, le foie et l'estomac étaient sains; c'est-à-dire, que le tissu du premier offrait l'aspect brunâtre qu'on lui connaît, et que la muqueuse du second était grisâtre, sans rougeur, sans épaississement, sans mollesse plus grande que dans l'état ordinaire; ce dernier était rempli d'un liquide verdâtre comme celui que le malade avait rejeté par les vomissemens. La vésicule hépatique était distendue par beaucoup de bile épaisse et foncée. Les gros intestins présentaient dans toute leur étendue des perforations si nombreuses, que j'en ai compté jusqu'à quinze dont les moindres avaient la largeur d'une pièce de deux francs, et dont plusieurs avaient bien deux pouces et demi de diamètre. Les plus grandes occupaient sur-tout le cœcum et le colon transverse. Ce dernier avait une longueur double de celle qu'on lui trouve ordinairement; il était dévié dans la fosse iliaque droite, où, replié plusieurs fois sur lui-même, il adhérait d'une part au cœcum, de l'autre à l'intestin grêle, et supérieurement au foie : c'est lui sans doute qui formait pendant la vie cette éminence plus élevée que le reste de la tumeur.

Toutes ces perforations étaient libres d'adhérences dans différens endroits les bords en étaient lisses et comme cicatrisés. Souvent deux perforations n'étaient séparées que par une bride très-étroite. Dans d'autres points, cette bride était détruite dans le milieu, et il n'en subsistait que les extrémités.

En séparant lentement les intestins grêles, j'ai rencontré entr'eux d'autres perforations, mais ici elles étaient oblitérées par l'adhérence mutuelle de ces organes.

Des tubercules à l'état de ramollissement pour la plupart, et semblables à ceux que j'ai décrits, se voyaient en grand nombre entre les organes adhérens, entre le foie, l'estomac et le diaphragme; par exemple, entre les anses intestinales.

D'autres occupaient le sommet du poumon gauche, et y avaient creusé des cavernes.

---

Les perforations intestinales sont un accident moins rare que ne le pensent ceux à qui l'anatomie pathologique est peu familière. On les observe dans les phlegmasies, soit *aiguës*, soit *chroniques*, des intestins. M. Louis a publié dans ce Journal un mémoire sur les perforations *aiguës* de ces organes, et les a désignées sous le titre, peut-être peu convenable, de perforations *spontanées*, expression dont on s'était déjà servi pour indiquer certaines perforations de l'estomac. Un mémoire sur les perforations *chroniques* des intestins serait très-bien placé à la suite de celui de M. Louis sur les perforations *aiguës*. L'observation de M. Legallois est un exemple de perforations chroniques (1) d'autant plus curieux, qu'il est rare d'en rencontrer d'aussi nombreuses. Cependant, pour être peu commun, ce fait n'est pas unique. On ouvrit l'année dernière à l'hospice Cochin un jeune sujet qui avait succombé à une phthisie pulmonaire, compliquée d'entérite chronique. Ses intestins étaient véritablement *criblés* de perforations; on en comptait plus de quarante. Ces perforations, ne s'opérant pas toutes en même temps, on demandera sans doute comment les malades ne succombent pas aux accidens dont celles qui s'opèrent les premières doivent être la cause, à l'épanchement des matières *intestinales* dans le ventre, par exemple; accident terrible et qui, au premier abord, paraît inévitable dans les cas dont il s'agit. A cela nous pouvons répondre que l'épanchement dans l'abdomen des matières que renferment les intestins n'est pas toujours le résultat nécessaire des perforations

(1) Nous entendons par perforations chroniques, celles qui surviennent dans l'entérite chronique.

dont ils peuvent être affectés. En effet, la nature qui répare souvent d'une main les ravages qu'elle opère de l'autre, prévient quelquefois cet épanchement redoutable par un artifice dont l'observation même de M. Legallois nous offre une nouvelle preuve. Cet artifice consiste dans le développement d'une inflammation adhésive, au moyen de laquelle la circonférence de la perforation se trouve réunie à la partie du péritoine qui recouvre les parties avec lesquelles elle est en contact. Ces parties, si l'on peut ainsi dire, sont des espèces de pièces, dont la nature se sert pour fermer les perforations qui se sont formées. Il arrive quelquefois que les parties qui *bouchent* ainsi les perforations, s'enflamment, s'ulcèrent et se détruisent elles-mêmes: alors, suivant les circonstances, les intestins peuvent s'ouvrir, se décharger en quelque sorte, soit à l'extérieur, comme dans les anus contre nature, soit dans la vessie, soit même dans l'utérus, comme la science en possède des exemples. Les perforations intestinales ne s'opèrent pas toujours de dedans en dehors; elles se forment aussi dans quelques cas de dehors en dedans. C'est ainsi que l'on a vu, et que nous avons vu nous-mêmes, l'arc du colon perforé par l'effet de la propagation d'une phlegmasie de la face inférieure du foie ou de la vésicule biliaire; c'est ainsi que l'on a vu le rectum communiquer avec l'utérus ou la vessie, par l'effet d'une phlegmasie ulcérative qui, après avoir primitivement détruit partiellement toute l'épaisseur des parois de ces derniers, ronge ensuite et perce pour ainsi dire les parois de l'intestin lui-même.

Ces divers aperçus suffisent pour démontrer que l'effusion des matières fécales dans le péritoine n'est pas constamment le résultat des perforations intestinales; mais il n'en est pas moins vrai que ce funeste épanchement s'opère dans un grand nombre de cas, et que la péritonite, qui en est la suite, précipite singulièrement la mort des

malades. Cette péritonite peut être comparée à la pleurésie qui s'allume par l'effusion d'une vomique dans la plèvre; accident qui constitue une véritable perforation des poumons, et qui serait bien plus fréquent si la nature n'en prévenait si souvent la formation par l'artifice vraiment admirable dont nous parlions plus haut, c'est-à-dire, en développant une phlegmasie adhésive, et par suite ces fausses membranes celluleuses, fibreuses ou même cartilagineuses, que l'on rencontre chez les sujets affectés de phthisie tuberculeuse, et qui occupent plus spécialement les points correspondans au sommet des poumons, lequel est aussi le siège de prédilection des excavations tuberculeuses.

J. Bouillaud.

---

*Quelques observations cliniques sur la médecine et la chirurgie; par* L. Janson, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc.* (1).

§ I.er *De l'inflammation en général.* — De toutes les maladies qu'on observe dans les hôpitaux, même dans les salles de chirurgie, les plus fréquentes sont sans contredit les inflammations; celles de la peau au printemps, celles de la muqueuse gastro-intestinale en été, celles des muscles en automne, les catarrhes pulmonaires en hiver, et l'ophthalmie à toutes les époques de l'année. C'est dans les vastes hôpitaux qu'il est facile d'étudier l'inflammation sous toutes les formes qu'elle revêt, dans tous les tissus qu'elle affecte, de suivre toutes ses périodes et de com-

(1) *Compte rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pendant six années;* P. L. Janson, décembre 1823. (Extrait par le docteur C. P. Ollivier, d'Angers).

parer ses divers modes de terminaison. A côté d'une pleurésie aiguë, d'une rougeole, d'une scarlatine, qui ne durent que quelques jours, on voit le rhumatisme, l'inflammation des os se prolonger au-delà du cinquième ou sixième septénaire. On voit constamment la variole et le phlegmon prendre la voie de la suppuration, les engorgemens glandulaires se terminer le plus souvent par résolution ou induration, les gastrites intenses, certaines hernies étranglées, l'anthrax, passer à l'état de gangrène, les phlegmasies laryngées, intestinales, amener des ulcérations; celles des surfaces séreuses former de fausses membranes, et toutes indistinctement, lorsque leur durée se prolonge au-delà du terme ordinaire, finir par altérer le tissu des organes, et produire des dégénérescences tuberculeuses, squirrheuses ou cancéreuses.

§ II. *Engorgemens glandulaires.* — Nous pensons que l'idée de l'application de la nouvelle doctrine médicale à la chirurgie, est des plus lumineuses, et qu'elle ne peut qu'être féconde en grands résultats. Nous avons été d'abord en défiance contre une doctrine si opposée aux principes que nous avions puisés dans les écoles, et ce n'est que par des essais répétés, et avec la réserve que comporte un sujet d'une telle importance, que nous sommes parvenus à en apprécier tous les avantages. La grande quantité d'engorgemens glandulaires que nous avons à traiter annuellement, nous en a fourni la première occasion. Ne pouvant les résoudre, ni par tous ces prétendus fondans employés avec tant de confiance et de profusion, décorés du nom de résolutifs, nous les avons attaqués par les sangsues, les bains, les boissons délayantes, quelques légers minoratifs et le régime. Par ces moyens nous avons obtenu des résultats bien plus avantageux que par la méthode contraire.

§ III. *Tumeurs blanches articulaires.* — Nous avons aussi appliqué ces moyens aux tumeurs blanches articulaires, que la plupart des praticiens n'attaquent que par

les vésicatoires, les moxas, les douches d'eaux thermales, les cautères et même le fer rouge. Le repos le plus absolu, un appareil convenable pour maintenir en rapport les surfaces articulaires, et de fréquentes applications de sangsues, forment un traitement bien plus rationnel, moins douloureux, et toutes choses égales d'ailleurs, plus efficace. Nos observations ont été faites en grand, puisque ces maladies abondent dans nos rangs, où l'on peut en observer annuellement cinq ou six cents.

§ IV. *Rhumatismes.* — Quant aux rhumatismes aigus, dont le nombre s'élève chaque année de quatre-vingt dix à cent, nous pouvons assurer que si les résultats n'ont pas été aussi avantageux sous le rapport de leur cure radicale, cette méthode est au moins celle qui soulage le plus promptement les malades, lorsqu'elle est employée avec modération et subordonnée à quelques circonstances que le médecin ne doit jamais perdre de vue.

Nous ferons remarquer que pour le chémosis, la glossite, le panaris, les inflammations et contusions des pieds ou des orteils, les grands délabremens des membres, nous avons souvent préféré à l'application des sangsues les saignées des veines angulaires, ranine, salvatèle et saphène, ou celles qui sont les plus voisines des parties blessées ou contuses. Ce mode d'évacuations sanguines nous paraît avoir trois avantages incontestables : de dégorger plus directement, de fournir une quantité de sang plus facile à évaluer, et de ne point ajouter à l'irritation locale, comme les sangsues lorsqu'elles sont mal choisies ou mal appliquées.

§ V. *Variole.* — Il n'est pas d'année que nous n'ayions à traiter des varioles dans nos rangs de blessés ; et dans les six mois qui viennent de s'écouler, nous avons pu en compter trente à trente-cinq, presque toutes confluentes. Nous n'avons perdu aucun malade, et plus d'une fois nous avons pu remarquer que dès le début, pour faciliter

l'éruption des boutons varioliques, rien n'est plus efficace que des cataplasmes chauds, renouvelés deux ou trois fois par jour, dont on entoure le pied et le bas de la jambe, et que vers la seconde période, des sangsues appliquées au cou ont prévenu les accidens graves qui se manifestent si souvent à cette époque de la maladie. Nous citerons en passant un fait fort curieux et peut-être unique dans son genre. Jeanne Pinel, âgée de dix-neuf ans, entra à l'hôpital le 25 octobre 1823, pour un dépôt froid au cou. Au bout de trois jours, les symptômes précurseurs de la variole se déclarent; bientôt l'éruption variolique est générale. Le rapprochement des boutons annonce que la petite vérole est confluente; la céphalalgie étant devenue excessive, on fait appliquer le soir des sangsues au cou; l'hémorragie n'étant pas arrêtée convenablement, le sang coule toute la nuit et on ne l'arrête que le lendemain en cautérisant les piqûres avec le nitrate d'argent. La malade est dans un état de faiblesse alarmant; elle est pâle, sans pouls, sans voix; les boutons varioliques sont affaissés, les extrémités froides. On fait prendre quelques cuillerées de vin de Bordeaux et de bouillon; on applique des sinapismes aux membres supérieurs, et des cataplasmes sur les inférieurs, pour rappeler, s'il est possible, l'éruption cutanée. Les forces reviennent peu à peu; enfin la malade se rétablit parfaitement; mais chose remarquable, à l'exception d'un très-petit nombre de boutons varioliques, de la figure et du dos de la main droite, qui parcourent leur période à la manière accoutumée, tous les autres se terminent par la résolution la plus complète; de sorte que l'écoulement sanguin excessif, qui a fait courir de grands dangers à cette malade, a fait avorter la petite vérole.

§. VI. *Amaurose.* — Il existe, comme on sait, plusieurs espèces d'amauroses qui doivent chacune être traitées bien différemment : celle qu'on pourrait appeler inflam-

matoire, s'annonce par deux signes constans et pathognomoniques ; ce sont le resserrement de la pupille, et les douleurs vives et lancinantes que le malade éprouve lorsqu'il veut essayer ses yeux à la lumière. Dans ce cas, de larges évacuations sanguines, des révulsions opérées sur le tube intestinal et sur les extrémités inférieures, ont été le plus souvent suivies de succès. Nous avons fait recueillir dix ou douze observations qui constatent l'efficacité de ce traitement, mais il faut que la maladie soit combattue dès son principe. Enfin, si elle devient chronique, ce qu'on reconnaît à cette couleur opale qu'on aperçoit au fond de l'œil, et qu'on prend quelquefois pour une cataracte commençante, c'est encore le même traitement qui convient le mieux et qui nous a le plus réussi, en le modifiant toutefois d'après ces mêmes circonstances.

§. VII. *Paralysies.* — Dans les paralysies que nous avons eues à traiter, et qui presque toutes étaient traumatiques et résultaient la plupart d'une commotion du cerveau, nous avons reconnu que le plus puissant moyen curatif, après les évacuations sanguines par la lancette et les sangsues, ce sont les lavemens avec le vin émétique trouble : sous l'influence de ce remède, dont nous avons déjà signalé les avantages, les malades sortent de leur état de stupeur. Nous en avons vu beaucoup rester dans l'assoupissement jusqu'au sixième ou septième jour, et n'être réveillés que lorsque cette médication avait été poussée assez loin. Il est arrivé parfois que la paralysie ne s'est déclarée qu'après la cessation complète des autres symptômes de la commotion. Nous avons vu aussi la commotion cérébrale s'accompagner d'un état convulsif général des muscles de la vie de relation.

*Emploi de la strychnine.* — Quand la paralysie semble revêtir un caractère essentiel, et qu'il est difficile de remonter à sa cause prédisposante ou efficiente, elle rentre

dans la classe des maladies qu'il faut combattre, par tous les remèdes même les plus empiriques. Nous avons dans ce cas administré la strychnine avec quelque succès. Nous avons obtenu par ce moyen une cure remarquable.

§. VIII. *Bronchocèle.*— Nous avons retiré des effets avantageux et presque constans de la pommade d'hydriodate de potasse. Dans les premiers essais que nous fîmes de ce médicament, nous l'administrâmes à l'intérieur sous forme de teinture. Mais les irritations d'estomac qu'il produisait, même à doses très modérées, nous forcèrent d'y renoncer, et depuis nous ne l'avons employé que sous forme d'onguent. Il serait inutile de relater tous les cas où l'iode a fait diminuer de moitié, des trois-quarts, et quelquefois résoudre complètement des engorgemens du corps thyroïde. Un individu entr'autres, âgé de 23 ans, était affecté d'un bronchocèle formé de trois lobes distincts, dont chacun avait la grosseur d'une pomme. Comme la tumeur était très-enflammée, on appliqua dix sangsues autour de sa base, qui laissèrent écouler beaucoup de sang, et à la suite desquelles on appliqua, pendant quelques jours, des cataplasmes émolliens; on fit alors commencer les frictions avec la pommade d'hydriodate, renouvelées deux fois par jour, et au bout de vingt-deux jours de traitement la tumeur était complètement disparue.

§. IX. *Leucophlegmatie.* — On observe fréquemment un œdème plus ou moins étendu à la suite de la rougeole, de la suppression d'un ulcère habituel, de la répercussion d'exanthèmes cutanés, lorsque les malades ont eu l'imprudence de s'exposer à un refroidissement subit. La première indication à remplir est alors d'établir des points de suppuration supplémentaires, et d'ouvrir les couloirs naturels par des remèdes qu'on fait agir directement sur eux; tels sont les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques que l'on emploie tour-à-tour à cet usage. C'est dans cette intention que nous avons administré la digitale pourprée de la manière suivante :

Poudre de digitale. . . . . . . . . . gr. vj ;
Poudre de scille. . . . . . . . . . . gr. x ;
Nitrate de potasse. . . . . . . . . . gr. xv ;
Conserve d'*enula campana*. . . . . . . q. s.

A prendre en plusieurs doses et à différens intervalles suivant l'âge du malade, sa constitution et la susceptibilité de son estomac. Ce remède agit avec célérité en provoquant la secrétion de l'urine. Nous en avons retiré de si grands avantages, que nous n'hésitons pas à le regarder comme le plus prompt et le plus sûr de tous.

§ X. *Emétique et purgatifs*. — L'expérience nous a démontré que, même dans les hôpitaux, l'émétique et les purgatifs n'étaient pas d'une nécessité si absolue, qu'il fallût en faire un usage abusif. Ces médicamens, et le premier surtout, n'ont été employés qu'avec parcimonie pour toutes les inflammations ou sub-inflammations de l'estomac et des intestins, les embarras gastriques, l'érysipèle bilieux, les plaies de tête, etc., etc. L'expérience nous a démontré qu'une diète sévère, des boissons délayantes, des lavemens émolliens, quelques tisannes légèrement laxatives, les révulsions sur les extrémités supérieures et inférieures, suivant le siége de la maladie, sont, toutes choses égales d'ailleurs, bien préférables aux excitans portés sur la muqueuse gastro-intestinale.

§ XI. *Quinquina*. — Nous avons également été très-réservés sur l'emploi du quinquina et de ses diverses préparations; rarement nous l'avons administré en extrait ou en substance ; car il faut convenir que l'adynamie et l'ataxie deviennent chaque jour moins redoutables depuis qu'on s'est appliqué à mieux traiter les phlegmasies dont elles n'étaient jamais que la conséquence. Cependant nous avons donné par fois le sulfate de quinine pour les fièvres intermittentes, tierces ou quartes, du printemps et de l'automne ; encore devons-nous faire observer que le plus souvent nous avons vu ces affections essentielles ou symp-

tomatiques, comme on voudra les nommer, céder à l'emploi des amers indigènes après cinq ou six jours de traitement.

§ XII. *Cataracte.* — Nous avons pratiqué deux cent cinquante fois l'opération de la cataracte, et voici les résultats que nous avons notés à la sortie des malades de l'hôpital. Succès complet 166; demi-succès 28, les malades compris dans cette catégorie n'y voyaient que pour se conduire; insuccès 55; ce qui réduit nos cas de réussite aux deux tiers de la totalité. Nous devons faire observer que dans les hôpitaux, quelle que soit l'excellence de la méthode opératoire, la surveillance du chirurgien, le zèle et l'intelligence des personnes attachées au service des opérés, il est une foule de circonstances fâcheuses qui compromettent à chaque instant les espérances les mieux fondées. Nous devons ajouter aussi que plusieurs malades, inscrits au nombre de ceux qui sont sortis sans y voir, ont fini par recouvrer la vue après un temps plus ou moins long, lorsque leur crystallin avait été complètement absorbé. Nous avons eu plusieurs exemples de cette absorption tardive; quelquefois aussi cette absorption est si prompte et si efficace, qu'elle peut tenir lieu de l'opération. Nous avons observé deux fois cette guérison spontanée. C'est en partie sur cette force d'absorption qu'est établie la préférence que plusieurs opérateurs accordent à la méthode *par abaissement*; c'est la seule que nous ayions mise en pratique, quoique nous soyons loin de prétendre que l'extraction n'ait pas les mêmes avantages entre des mains exercées à la pratiquer.

§ XIII. *Fistule lacrymale.* — Nous avons essayé la plupart des méthodes accréditées par l'expérience pour la cure de la fistule lacrymale. Telles sont l'introduction de mèche de coton, la corde à boyau d'après le procédé de Hunter, celui d'Anel, et malgré les espérances que donnent leurs auteurs, nous n'avons obtenu aucun résultat fa-

vorable. Un moment aussi nous avons cru aux brillans succès de la *canule d'or*; nous nous en sommes servis dix ou douze fois, et nous avons été forcés de réopérer d'une autre manière la plupart des malades, soit que le conduit artificiel se fût bouché, ce que nous avons pu vérifier deux ou trois fois, soit que la canule se fût déplacée par un mouvement d'ascension, qui la faisait remonter dans le sac lacrymal. Dans le mois de novembre 1823, nous en avons enlevé une que nous avions placée à la fin de 1819; la femme qui la portait était venue à différentes reprises faire assujettir ou désobstruer cette canule qu'elle tenait tant à conserver. Ces divers essais, presque tous infructueux, nous ont fait donner la préférence à la méthode de Desault, que nous avons pratiquée plus de soixante fois, avec une légère modification que nous y avons apportée.

§ XIV. *Cancer.* — Le cancer est certainement une des maladies dont les récidives fréquentes font le désespoir de l'art; mais de ce qu'il semble se jouer de tous nos moyens les plus puissans, s'ensuit-il qu'on doive l'abandonner à lui-même, et que dans aucun cas le fer et le feu ne puissent en triompher? Nous ne le pensons pas, et nous croyons, au contraire, que si l'opération réussit rarement, c'est qu'on la tente toujours trop tard; en outre, ne voit-on pas journellement des malades guérir radicalement, même après une seconde opération? Nous n'en connaissons pas qui, toutes choses égales d'ailleurs, soit moins à redouter pour ses accidens primitifs, et nous ne connaissons pas d'autre contr'indication à la pratique de cette opération, que l'impossibilité d'enlever la totalité du mal.

§ XV. *Hernies.* — Le peu de succès dont on accuse aussi l'opération de la hernie étranglée, vient de ce que les malades n'ont pas le courage de se résigner de bonne heure à l'opération; c'est toujours lorsque toute chance favorable est disparue, qu'ils se décident à réclame

les secours de l'art. Nous dirons à ce sujet, qu'on ne peut jamais préciser au juste ce qu'on rencontrera dans une tumeur herniaire. Nous avons vu plus d'une fois que les symptômes généraux n'étaient point en rapport avec l'altération locale; nous avons trouvé des hernies gangrénées chez des malades qui n'avaient point éprouvé de vomissemens; d'autres fois, croyant opérer sous les plus fâcheux auspices, nous étions tout surpris du peu de progrès qu'avait faits l'inflammation.

Il y a encore d'autres erreurs de diagnostic qu'il est difficile de pouvoir éviter; ainsi nous avons opéré deux femmes pour de simples étranglemens du sac que nous trouvâmes vide de toute matière solide. Antoine Jardet, âgée de soixante ans, avait, il y a vingt-deux ans, ressenti pendant le travail de l'enfantement (c'était son quatrième accouchement) des douleurs vives dans le pli de l'aîne du côté gauche. Une tumeur se manifesta au bout de trois mois; la malade la maintint réduite d'abord avec un bandage, puis elle cessa d'en porter et se contenta de réduire la hernie chaque fois qu'elle reparaissait. Le 19 novembre 1822, la tumeur parut sans que tous les efforts de réduction fussent suivis de succès, et contraignit la malade à se faire porter à l'hôpital. Nous reconnûmes aisément une hernie étranglée, peu volumineuse, alongée, occupant le pli de l'aine dans la direction de l'arcade crurale, et s'accompagnant d'une légère tuméfaction du ventre et de douleurs assez vives, qui se propageaient de la tumeur dans l'abdomen: elle nous parut irréductible. La malade avait de fréquentes envies de vomir, mais elle ne vomissait pas encore. Au bout de huit heures, l'intensité des symptômes, qui était toujours croissante, nous détermina à opérer: le sac mis à découvert offrit une élasticité remarquable; ponctionné dans son milieu avec la pointe d'un bistouri, il laissa échapper une très-grande quantité de sérosité; l'ayant fendu dans toute sa longueur,

nous ne trouvâmes rien dans son intérieur, et l'extrémité du doigt, portée vers l'anneau crural, nous permit de reconnaître le degré d'étroitesse de cette ouverture, où nous-mêmes pûmes à peine introduire une petite sonde cannelée. Nous en fîmes le débridement, et la malade fut pansée. Quelques heures après, les accidens se calmèrent; la plaie se cicatrisa promptement; le sac qui était épais et comme fibro-cartilagineux, s'exfolia en partie, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie, quinze jours après.

§ XVI. *Opération de la hernie fémorale.* — Nous avons pratiqué dix fois l'opération de la hernie fémorale chez l'homme; nous avons presque toujours débridé le ligament de Fallope en haut et dans le milieu, et nous nous sommes convaincus qu'on avait beaucoup exagéré la crainte de l'hémorrhagie par cette méthode. Il est vrai que nous incisions avec beaucoup de précaution, en dirigeant le bistouri de manière à couper plutôt les fibres antérieures que les postérieures, et que nous dilations ensuite de force avec l'extrémité du doigt, qui nous faisait sentir l'artère épigastrique en dehors et *non loin* du lieu où s'était arrêtée notre incision. Cette remarque nous a décidé à faire la section du ligament de Gimbernat, qui offre les mêmes avantages et bien plus de sécurité. Nous l'avons pratiquée deux ou trois fois avec un plein succès, et nous n'hésitons pas maintenant à lui donner la préférence dans tous les cas.

§ XVII. *Taille latérale et recto-vésicale.* — Quarante-trois malades calculeux, de tout âge et de tout sexe, ont subi l'opération de la taille latérale; il y a eu trente-trois guérisons et dix morts. Nous faisons observer, au sujet de ceux qui ont succombé, que trois ou quatre nous ont présenté de ces complications fâcheuses contre lesquelles échouent les meilleurs procédés et l'opération la mieux exécutée; telles sont les calculs enkystés et adhérens. En 1822, nous avons tenté la nouvelle méthode recto-

vésicale, qui commençait à prendre faveur; nous la pratiquâmes pour la première fois sur un enfant âgé de trois ans, et sur un jeune homme à la fleur de l'âge. Ces deux essais furent des plus heureux. L'enfant sortit au bout de six semaines complètement guéri et sans fistule, et le jeune homme après cinq mois, avec une légère fistule qui s'oblitéra bientôt. Dans le courant de l'automne dernier, j'ai fait de nouveau trois fois cette opération. Le premier malade n'a présenté rien de particulier; il est sorti guéri à la fin de novembre. Chez le second, la vessie était ulcérée et tapissée de graviers; il succomba. Le troisième avait été déjà opéré par la taille latérale, et une fistule était restée depuis au périnée. Plusieurs mois après, on reconnut l'existence d'un nouveau calcul. A cette époque on préconisait les avantages de la sonde à double courant, et pour tromper l'impatience du malade, qui réclamait de nouveau l'opération, et essayer un moyen qui n'offrait du reste aucun inconvénient, nous portâmes dans la vessie deux sondes de gomme élastique, l'une par les voies ordinaires, l'autre par la plaie fistuleuse, et nous fîmes passer ainsi chaque jour deux pintes d'eau tiède par la vessie. Au bout de six jours, le malade se lassa et demanda de nouveau l'opération. Nous pratiquâmes la taille recto-vésicale, et un calcul assez volumineux fut extrait de la vessie. Le malade guérit parfaitement de l'opération ainsi que des fistules qu'il portait depuis plusieurs années.

L'expérience nous porte à penser que cette méthode n'est pas aussi avantageuse chez les enfans en bas âge. Nous en avons taillé deux de cette manière au printemps de 1823, et ils ont succombé l'un et l'autre à une violente inflammation de l'abdomen. Quand on réfléchit qu'à cette époque de la vie, l'intestin rectum, doué d'une sensibilité exquise, doit ajouter à la gravité des accidens inflammatoires; quand on pense aux entraves que doit apporter à l'exécution de cette opération, la chute si fréquente de

cet intestin; enfin, si l'on réfléchit que chez l'enfant l'hémorrhagie n'est pas plus à craindre, et l'introduction du doigt dans la vessie tout aussi facile par toute autre méthode, on conviendra que la taille recto-vésicale n'offre pas pour lui les mêmes avantages que pour l'adulte, et surtout pour les personnes d'un embonpoint extrême. Aussi, dans ces circonstances, nous y avons renoncé, tout en poursuivant nos recherches dans les cas où elle nous paraissait mieux indiquée.

§ XVIII. *Amputations.* — Nous avons fait quatorze amputations de la cuisse, trente-six de la jambe, dix de l'avant-bras et six des bras; ce qui forme un total de soixante-cinq opérés, sur lesquels nous en avons perdu douze. Une remarque qui ne doit pas nous échapper, et qui est en opposition avec ce qu'on observe communément, c'est que ce sont les amputations de cuisse qui ont le mieux réussi, puisque, sur quatorze, il n'est mort qu'un malade, et sans doute moins de l'opération que d'une circonstance malheureuse qu'il serait inutile de faire connaître ici.

Nous terminerons par une réflexion applicable à tous les hôpitaux. L'exercice et le repos, la veille et le sommeil, partagent toute la vie de l'homme; tous deux sont indispensables à son existence; l'un favorise le jeu de ses organes, entretient la circulation des fluides, facilite la nutrition; l'autre répare les forces épuisées par le travail, et rend à nos tissus l'énergie que leur action prolongée leur avait fait perdre. Il serait à désirer que dans ces vastes établissemens, les convalescens pussent s'adonner à un genre de travail propre à essayer et à ranimer leurs forces languissantes; alors on ne verrait pas tant de malheureux n'avoir pour perspective de leurs longues souffrances que la misère et la mendicité. Il est temps aussi que le sommeil et le repos soient comptés pour quelque chose après une opération grave; et comment celui qui vient

de la supporter, peut-il goûter ce calme et cette tranquillité qui lui sont si nécessaires, si on laisse pénétrer près de lui une foule de curieux, dont la présence et les propos inconsidérés ont si souvent causé les accidens les plus funestes.

---

Il y a peu d'institutions qui soient à la fois plus profitable à la science et d'un intérêt plus général, que celle qui a consacré l'usage de faire connaître à certaines époques, dans une séance solennelle, les résultats obtenus par une pratique éclairée dans un vaste hôpital, où il existe un concours nombreux de malades. En effet, il n'est personne qui n'entrevoie d'avance les traits importans que doivent présenter des tableaux semblables, tracés avec bonne foi par des mains habiles: aussi depuis long-temps l'administration des hôpitaux de Lyon, pénétrée de leur dégré d'utilité, voulût-elle qu'ils devinssent le patrimoine de tous ceux qui cultivent l'art de guérir. Pourquoi les grands hôpitaux de Paris ne rivalisent-ils pas sous ce rapport avec celui de Lyon? Sans doute la bienfaisante sollicitude du Conseil-général des hospices pour les pauvres mérite tous nos éloges; mais cette administration remplirait encore un but non moins libéral et philantropique, si elle faisait tourner au profit de la science et de l'humanité en général, cette grande expérience qui se renouvelle chaque jour pour un petit nombre de praticiens distingués, et dont eux seuls recueillent tous les fruits. Du rapprochement des faits si nombreux qu'on observe dans ces établissemens, jailliraient des vérités pratiques du plus haut intérêt, et qui sont le plus souvent perdues pour la science. Les hôpitaux de Paris sont sans doute une source féconde d'instruction pour les étudians en médecine et les jeunes praticiens de la capitale; mais les uns et les autres cessent d'y puiser lorsqu'ils retournent dans les départemens, ou quand une clientelle nombreuse absorbe tous leurs instans.

Pourquoi donc ne pas rendre obligatoire de la position avantageuse de ces praticiens éclairés, la publication des résultats de leur expérience dont les médecins de tous les pays pourraient alors profiter? Nul doute qu'on les verrait à l'envi s'acquitter d'une semblable tâche, avec le talent supérieur qui les caractérise et qui ajoute tous les jours à leur réputation. Le compte-rendu de M. *Janson*, dont nous venons de donner un extrait textuel, justifie toute l'importance de cette institution, et fait pressentir les grands avantages qu'elle procurerait, si elle était consacrée par l'administration des grands hôpitaux de Paris.

---

*Observations tendant à prouver l'utilité des émissions sanguines et du régime antiphlogistique en général, dans plusieurs maladies des vieillards; par M.* FOUCART, *D.-M.-P.* — II.me *partie. Affections thoraciques.*

*Obs.* I.re *Chute, percussion du thorax, point douloureux, ecchymose, crachats sanguinolens.* — M.me M...., âgée de 78 ans, habituellement tremblante, étant montée sur une chaise, fut prise d'étourdissement et fit une chute. Le côté droit du thorax porta sur le pied d'un tabouret, et il en résulta une douleur si vive, que cette dame fut relevée sans connaissance. Quoiqu'elle fût tombée lourdement, il n'y avait point de fracture; seulement une large ecchymose couvrait l'endroit qui avait reçu le poids du corps. La respiration était courte, pénible; il y avait eu des crachats sanguinolens. Malgré l'âge avancé de la malade, je ne balançai pas de prescrire dix sangsues sur le lieu de la douleur, des cataplasmes émolliens, des pédiluves, des lavemens, une eau de veau très-légère, une potion gommeuse, le repos au lit et la diète la plus absolue. Sous l'influence d'une médication aussi simple, l'inflammation fut maintenue dans de justes bornes; les mouvemens du cœur qui s'étaient un peu accélérés les deux

premiers jours, se ralentirent bientôt, la respiration devint facile, le crachement de sang ne reparut plus après cette petite saignée, et dans l'espace de vingt jours, M.$^{me}$ M....., ramenée insensiblement à sa manière de vivre accoutumée, se trouva comme avant sa chute.

*Obs.* II. *Catarrhe pulmonaire chronique, passé à l'état de pneumonie ; point très-douloureux, crachement de sang.* — M.$^{lle}$ L....., âgée de 78 ans, d'une constitution délicate, maigre, dans un état voisin de la décrépitude, tourmentée depuis plusieurs années par un catarrhe pulmonaire, est saisie tout-à-coup de frisson, puis d'une douleur aiguë au côté droit de la poitrine, après avoir reçu l'impression d'un air froid. Elle éprouve quelques vomiturītions; le pouls est dur, serré et fréquent; la respiration pénible, la toux fatigante, les crachats légèrement teints de sang. La face est colorée, les pommettes livides, la peau sèche et chaude par toute l'habitude du corps. Le ventre n'est pas douloureux, mais il y a constipation, et les urines sont rares (*Infus. pect. gomm., édulcorée avec le sirop de guimauve; looch blanc; catap. émoll. sur le point douloureux; demi-lav.; pédiluve simple*). Le lendemain, voyant les mêmes symptômes persister et s'aggraver, je me décidai à faire apposer huit sangsues sur le lieu de la douleur, puis des cataplasmes chauds sur les piqûres, pour ranimer un peu l'action du système capillaire. Quand le pouls et la respiration se furent améliorés, qu'il n'y eut plus de sang dans les crachats, que la peau offrit, par intervalles, un peu de moiteur, j'employai une révulsion modérée, en appliquant deux jours de suite un sinapisme sur un des membres inférieurs, et j'insistai sur les mêmes médicamens internes, les pédiluves, les lavemens..... Tous ces moyens, secondés par une diète absolue, pendant les premiers jours, amenèrent les plus heureux résultats, une convalescence franche au quinzième jour. Des alimens légers, en petite quantité, réparèrent les forces en peu de temps.

*Obs.* III. *Catarrhe pulmonaire chronique, passé à l'état de pneumonie; point douloureux au côté droit de la poitrine.* — M. B., âgé de 60 ans, d'une moyenne stature, maigre, fort affaibli par des maladies antécédentes, exerce depuis long-temps une profession qui l'expose à toutes les intempéries de l'atmosphère. Il tousse habituellement, et expectore une grande quantité de crachats muqueux, gluans, qui s'attachent au fond du vase qui les reçoit. Le 15 avril 1822, après avoir fini sa journée, il se sent plus fatigué qu'à l'ordinaire; sa figure exprime la souffrance; sa voix est altérée; il se couche sans prendre d'alimens, ne dort point, et passe la plus grande partie de la nuit à tousser. Le lendemain matin, il me présenta l'état suivant: face colorée, tête douloureuse et pesante; peau sèche, chaude; pouls accéléré, peu consistant, facile à effacer; respiration courte, pénible, bruyante; toux fréquente, sonore, accompagnée d'une expectoration abondante de crachats épais, glutineux, jaunâtres, comme je l'ai dit plus haut; la poitrine percutée résonnait assez mal dans toute son étendue; aucun point du pourtour du thorax n'était le siège d'une douleur aiguë. Il y avait constipation, et les urines étaient rares. (*Infus. pect. gommée; potion gommeuse et huileuse; lavemens émolliens; pédil.; diète absolue.*) Le 17, les mêmes symptômes persévérèrent, et, de plus, une vive douleur s'était manifestée un peu au-dessous et en arrière de la mamelle droite, où la respiration ne se faisait pas entendre. Le pouls était devenu dur et serré; les crachats brunâtres et fortement teints de sang; la nuit avait été des plus pénibles, et l'anxiété extrême. Le cas me semblait pressant. Par des saignées générales, tant soit peu abondantes, on courait la chance d'ôter à l'économie tout moyen de réaction, et de précipiter un dénouement funeste. Il n'en était pas de même des saignées capillaires qui sont supportées facilement par les sujets les plus fai-

bles et les plus âgés (1). Je me décidai donc à faire appliquer quinze sangsues sur le point douloureux. L'état du malade s'améliora sensiblement ; les crachats changèrent bientôt de nature, le pouls perdit de sa roideur ; la respiration, sans être longue, ne fut plus si pénible, et le mouvement des côtes se fit un peu apercevoir. La face, qui était d'une teinte livide et violacée, passa en peu de temps à une coloration moins sinistre. Néanmoins, le 21, la douleur de côté persistant, quoique bien affaiblie, je fis appliquer un vésicatoire sur le lieu correspondant, en même temps que je continuai à diriger quelques moyens révulsifs sur les membres inférieurs. (*D'abord des cataplasmes émolliens un peu chauds ; ensuite, des pédiluves sinapisés.*) J'insistai long-temps sur les boissons adoucissantes et les potions gommeuses et huileuses : je n'accordai même les plus légers alimens qu'après avoir obtenu une amélioration manifeste. Le vésicatoire fut entretenu pendant vingt jours. Enfin, tous les symptômes se dissipèrent peu-à-peu, mais les forces se firent attendre long-temps. B. fut au moins deux mois avant de reprendre ses occupations habituelles.

*Obs.* IV. *Pneumonie aiguë, crachement de sang succédant à un catarrhe trachéo-bronchique.* — M.me D...., âgée de 80 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, avait un léger catarrhe depuis une vingtaine de jours. Le 14 janvier, elle était encore hors de chez elle, lorsqu'elle éprouva du frisson, un malaise général, des douleurs contusives dans les membres, et tous les signes avant-coureurs d'une maladie grave. Elle mangea peu, mais elle ne put se dispenser de prendre un peu de vin de Rivesaltes qu'on lui donna *pour relever ses forces*. Immédiatement après le dîner, le malaise augmenta ; elle était

(1) La saignée générale, employée avec modération, nous semble parfaitement indiquée dans des cas semblables à celui-ci. *Le R.*

dans un état de défaillance ; on fut obligé de la porter à sa voiture, et ensuite à son appartement. Elle eut quelques vomissemens, et vers minuit les crachats commencèrent à présenter des stries sanguinolentes. Le 15 au matin, le pouls était dur, plein, accéléré, intermittent à la quatrième ou cinquième pulsation ; la respiration courte et pénible ; la toux fréquente et sonore était accompagnée d'une légère douleur, ou plutôt d'un sentiment de constriction dans la région sternale. Des crachats tout-à-fait sanguinolens, la face très-colorée, la peau chaude et brûlante, les urines rares; tout cet appareil de symptômes ne me laissait aucun doute sur l'extension de la phlegmasie bronchique au parenchyme pulmonaire. (15 *sangsues sur le sternum, cataptasmes émolliens sur les piqûres, tis. et pot. gommeuses, lav. émoll. matin et soir, diète absolue et silence;* le même jour, à onze heures du matin, *une saignée du bras, de sept à huit onces.*) Le soir, le sang présenta une couenne épaisse, adhérant fortement au caillot, et les piqûres des sangsues coulent encore abondamment. Ces évacuations sanguines avaient déjà amené un soulagement sensible, en modifiant singulièrement les mouvemens du cœur, la respiration et la chaleur générale. (*Continuation des cataplasmes sur les piqûres*). Le 16, le sang a coulé abondamment une bonne partie de la nuit, et cependant le mieux de la veille n'a point été en augmentant. Il n'y a eu que quelques instans de sommeil, par intervalles. Le pouls conserve de la dureté et de la fréquence ; la respiration est encore laborieuse ; mais l'air pénètre assez bien dans toute l'étendue des poumons. Les crachats épais, sillonnés de sang, sur un fond d'un brun jaunâtre, offrent les caractères de ceux que quelques médecins appellent bilieux. Ils sont expectorés assez facilement. Les mains présentent une moiteur très-passagère : les lavemens ont fait évacuer des matières moulées et jaunes ; les urines sont troubles et peu abondantes. (*Eau de poulet, orge*

*perl. édulc. avec le sirop de groseille*, *pot.*, *eau de laitue*, *huile d'amandes douces*, *sirop de viol. par parties égales*, *lavemens huileux*, bis.) Le 17, les symptômes sont à-peu-près les mêmes. (*Même prescription.*) Le soir, à une vive et pressante sollicitation, on accorde un peu d'eau rougie, sucrée; la même chose est exigée impérieusement vers minuit. Le 18 : faut-il rapporter à cette eau à peine rougie, l'agitation et les nausées fréquentes dont la malade a été tourmentée toute la nuit? C'est ce que je n'oserais décider. Quoi qu'il en soit, le matin elle se plaignait beaucoup. Le pouls était plein, mais souple et peu accéléré; la respiration courte et laborieuse. Elle avait expectoré une grande quantité de crachats épais, d'un brun noirâtre, et les envies de vomir se renouvelaient sans cesse. Il y avait eu trois évacuations alvines, jaunes, délayées en grumeaux, et peu d'urine rouge et trouble. Une douleur légère qui s'était manifestée dans un gros orteil, nous fournit tout naturellement l'occasion de commencer l'emploi de quelques révulsifs extérieurs. (*Sinapismes sur la partie inférieure d'une jambe*, *pendant une heure ; orge perl. acid. avec le sirop de vinaigre framb.* ; *eau gomm.; sirop de guimauve ; pot.* ; *eau de laitue*, ℥ ij ; *huile d'amandes douces*, ʒ j ; *sirop d'ipéc.* ; *oxymel simp.*. ana ℥ vj, *à prendre par cuillerée, toutes les deux heures ; lavement huileux*, bis.) Le 19, la température de la peau est bonne; le pouls souple, développé, peu fréquent; la respiration toujours courte et un peu laborieuse; les crachats épais, encore brunâtres par intervalles. Les nausées continuent. Deux selles liquides dans la nuit, et des urines rares et troubles. Un peu de moiteur, mais seulement aux mains. (*Orangeade sucrée avec le sirop de gom.; orge édulc.; pot. gom. adrag.*, gr. viij; *kermès min.*, gr. ij; *huile d'amandes douces*, *sirop de viol.*, ana ℥ j; *eau de laitue*, ℥ ij, *à prendre par cuillerée toutes les deux heures ; lavemens huileux*, bis ; *un sinapisme à l'autre jambe*,

*pendant une heure.*) Le 20, le mieux s'affermit; le pouls et la respiration s'améliorent sensiblement; la toux est rare, et la teinte des crachats s'affaiblit par degrés; la langue est humide et couverte d'un enduit blanchâtre à son centre. La température de la peau est bonne. La malade a recouvré toute la gaîté de son caractère, mais elle se dit très-faible. (*Mêmes prescriptions; on permit deux demi-tasses de bouillon dégraissé et coupé, à prendre à six ou sept heures d'intervalles; eau rougie*, bis.) Le 22 (4 *pilules avec beurre de cacao*, gr. xvj; *kermès*, gr. ij.) Le 23, le sommeil est long et paisible; le pouls souple et bien développé; la respiration libre et facile; la toux très-rare; les crachats épais et blancs ne présentent que de loin en loin quelques stries roussâtres et très-déliées. La bouche est humide, la langue se nettoie, l'appétit se prononce, la physionomie est calme, il n'y a plus aucune douleur; le rétablissement entier des forces ne s'est pas fait attendre (1).

*Obs.* V. *Pleurésie aiguë; point douloureux à la partie inférieure et droite de la poitrine.* — Madame P...., âgée de soixante-treize ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament éminemment nerveux, s'étant fatiguée par une longue course, présenta, quelques jours après, le 12 mai, l'état suivant: pouls dur, plein et médiocrement accéléré; respiration courte et laborieuse; toux sèche, mais rare; douleur vive au côté droit de la poitrine, surtout dans les fortes inspirations; le thorax résonnait bien, excepté dans le lieu de la douleur, où il ne rendait qu'un son obscur, presque entièrement mat, et où la respiration ne se faisait nullement entendre. La face était colorée, la tête pesante, la parole brève et saccadée, la peau chaude, sans être brûlante. La malade se plaignait de l'engourdissement des membres, se mouvait difficilement dans son lit, et était obligée de rester conti-

(1) Cette cure a été dirigée, de concert avec moi, par le docteur Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu.

nuellement couchée sur le dos. Le ventre n'était pas douloureux, quoiqu'il y eût un peu de constipation, et que les urines fussent rares. ( *Quinze sangsues sur le point douloureux; tis. et pot. gom.; demi lav. émol.* bis; *diète absolue.*) Le soir le sang avait peu coulé; le pouls était toujours également dur, rebondissant, et la douleur de côté aussi vive. Je me repentis alors de n'avoir pas commencé par une saignée générale, et j'avoue que je n'avais été retenu que par la considération de l'âge et de la prédominance du système nerveux. ( *Une saignée du bras, de huit onces, sans rien changer aux autres prescriptions* ). Le 13, il y avait eu deux heures de sommeil dans la nuit. Du reste, tous les symptômes persistaient à-peu-près au même degré; quelques coliques. (*Douze sangsues à l'anus*). Le 14, il y a eu sept heures de sommeil en deux fois; la malade se plaint encore de son point de côté. Le pouls conserve de la roideur et de la fréquence; la respiration est pourtant longue, et il y a peu de toux. ( *Mêmes prescriptions, hors les sangsues; cataplasmes émolliens sur le point douloureux; un peu de gélée de groseille délayée dans l'eau; demi tasse de bouillon coupé avec moitié d'eau* ). Le 15, tous les symptômes ont repris une nouvelle force; le pouls est plein, vibrant; la respiration est redevenue laborieuse; le point douloureux se fait sentir avec autant d'activité que jamais; la peau est chaude et sèche. Cependant la langue est couverte d'un enduit blanchâtre; il y a peu de soif et point de céphalalgie. Les urines coulent bien et sont médiocrement rouges; les lavemens amènent des matières jaunes et consistantes. ( *Douze sangsues sur le point douloureux, puis des cataplasmes chauds sur les piqûres. Il n'est rien changé à tout le reste; deux onces de bouillon coupé avec autant d'eau* ). Le 16, cette dernière évacuation de sang ne procure pas de soulagement; les sangsues, qui devaient être appliquées snr le lieu même de la douleur, l'ont été six pouces plus bas; ce qui, je crois, n'est pas indifférent dans les saignées capillaires.

Quoi qu'il en soit, il existe toujours une étendue de cinq à six pouces de diamètre, où la respiration ne se fait pas entendre, et qui ne rend qu'un son mat sous la percussion. Je n'y ai pas observé l'égophonie. Le pouls présente toujours la même énergie, et la respiration ne s'est pas améliorée depuis la veille. Je ne crus pas devoir revenir aux sangsues. (*Vésicatoire sur le lieu de la douleur, pendant son action; catapl. émol. sur les malléoles, renouvelés tous les quatre heures; tis. gom., pot. gom. et huileuse; lavement*, bis; *deux onces de bouillon coupées avec autant d'eau, une seule fois dans la journée*. Le 17, M.me P.... a passé la nuit dans une agitation continuelle; la roideur et la fréquence du pouls persévèrent, et pourtant la douleur de côté ne se fait sentir que dans les fortes inspirations; l'ensemble de la santé s'améliore sensiblement; l'engourdissement des membres a diminué, et les mouvemens dans le lit sont plus faciles; les urines coulent bien et sont de couleur naturelle. Rassuré par l'absence de toute irritation dans le canal intestinal, j'essaie de déterminer quelques évacuations alvines, en ajoutant un peu de miel commun aux lavemens. En général, le bon état des voies gastriques m'a porté à me relâcher de la sévérité si nécessaire dans le régime des maladies aiguës. (*Mêmes prescriptions; pédil. simples; deux demi-tasses de bouillon coupé*). Le 18, un peu de moiteur pendant la nuit; une légère détente dans le pouls. Le 19, malgré l'inquiétude et les plaintes continuelles de Mme. P...., il y a une amélioration successive et manifeste dans son état. La douleur, qui, dans le principe, occupait toute la poitrine, quoiqu'elle fût plus aiguë au-dessous et en arrière du sein droit, est maintenant tout-à-fait confinée dans un cercle très-étroit, où la respiration commence même à se faire entendre. (*Tis. et pot. gom.; quatre onces d'émulsion d'amandes douces, à prendre le soir en deux fois*). Le 20, la nuit a été calme et le sommeil prolongé; le pouls est souple, régulier sans fré-

quence ; la respiration facile , longue , et les inspirations les plus profondes rappellent à peine le souvenir du point de côté. Cependant, au milieu de ce bien-être apparent, M.me P.... se plaint sans cesse ; elle est dans un état d'inquiétude difficile à décrire ; elle n'est pas une minute à la même place ; ses mains sont toujours en mouvement et à la recherche sur son lit ; elle dit qu'elle va devenir folle, que ses idées se brouillent, que sa langue s'embarrasse ; elle se livre à des impatiences, des vivacités, après lesquelles elle est comme anéantie. (*Les alimens se bornent encore à quelques tasses de bouillon coupé et un peu de gélée de groseille*). La malade est restée levée pendant deux heures qu'elle a passées presque entièrement à dormir ; les fonctions intellectuelles ne sont nullement altérées ; mais la physionomie exprime une sorte d'égarement ; elle dit qu'elle ne souffre *nulle part*, qu'elle a seulement une propension invincible au sommeil ; qu'elle éprouve le sentiment d'une chaleur interne, qu'elle se sent brûlante à la plante des pieds et à la paume des mains. ( *Catap. émol. sur les pieds, pendant deux heures ; boisson adoucissante ; eau sucrée ; pot. gom* ). Le 21, la malade a passé une très-bonne nuit ; elle dit qu'elle ne souffre plus. La convalescence parait assurée ; des alimens légers sont prescrits, et augmentés par degrés tous les jours. Elle se plaint pourtant de sa propension au sommeil, et d'un peu d'engourdissement dans la mâchoire inférieure ; ce qui est combattu par des pédiluves d'eau simple, quelques cataplasmes émolliens sur les membres inférieurs, et des boissons adoucissantes. Le 24, la douleur de côté paraît se réveiller, quoique les fonctions ne soient d'ailleurs nullement troublées. ( Je fais diminuer la quantité des alimens ; je prescris des embrocations avec le liniment dont il a déjà été fait mention, et l'application des cataplasmes émolliens, *loco dolente*. Le lendemain, le calme est rétabli, et la malade ne se plaint que de sa faiblesse. Le 29,

il existe toujours un peu d'engourdissement dans la mâchoire inférieure. Cependant les forces reviennent bien; l'appétit est bon et les alimens n'incommodent pas. Dans le mois de juin, M.me P.... s'est parfaitement rétablie.

VI. *Obs. Catarrhe pulmonaire chronique, passé à l'état de pneumonie aiguë; point douloureux au côté droit; son mat dans une grande étendue.* — D......, âgé de soixante-quatre ans, porteur d'eau, ayant la charpente osseuse assez grêle, la peau flasque et terreuse, maigre, inquiet, tourmenté depuis plusieurs années par un catarrhe pulmonaire, se sent tout-à-coup pris de frisson, après avoir éprouvé des alternatives de chaud et de froid. Les symptômes de son affection chronique s'exaspèrent, le cœur accélère ses mouvemens et bat avec force; la respiration devient courte, laborieuse; la toux plus fréquente et plus pénible amène une abondante quantité de crachats épais, jaunâtres; une douleur vive se fait sentir au côté droit de la poitrine, qui ne rend qu'un son mat, et où la respiration cesse de se manifester à l'auscultation; chaleur de la peau, sécheresse de la bouche, soif, brisement des membres. A ces signes on ne peut méconnaître l'existence d'une pneumonie aiguë.

Malgré la constitution appauvrie par l'âge, le travail et la misère, l'inflammation se montrait avec des caractères trop redoutables, pour que je n'employasse pas aussitôt le moyen que je place à la tête des antiphlogistiques. Je fais appliquer quinze sangsues sur le point douloureux, puis des cataplasmes chauds sur les piqûres. Je prescris en même temps des boissons gommeuses, à prendre légèrement tièdes, une potion de même nature, des lavemens émolliens et une diète absolue. Le sang coula assez abondamment, et tous les symptômes baissèrent d'une manière sensible. Le pouls, la respiration, la toux, la douleur de côté furent modifiés presque instantanément. Après avoir heureusement dissipé tout ce que les symp-

tômes généraux avaient d'intense, et avoir, en quelque sorte, localisé la maladie, par la saignée, les boissons et potions adoucissantes, les lavemens, les pédiluves, la diète, je crus que le moment était venu d'employer une révulsion puissante dans le voisinage du mal. Le côté droit du thorax offrait toujours un son mat dans une certaine étendue, où la respiration ne se faisait pas entendre; une douleur, supportable à la vérité, s'y réveillait dans les grandes inspirations; je pris le parti d'y placer un vésicatoire, sans négliger tous les autres moyens déjà mentionnés. Quelques jours après cette application, le soulagement était assez grand pour que le malade demandât à manger : je permis successivement et sans inconvénient du bouillon coupé, des crêmes de riz et autres légers alimens. Le vésicatoire tendant à se sécher, je le fis ranimer et entretenir près d'un mois, sans obtenir un succès complet. Tout ce qu'il y avait d'aigu a disparu dans le court espace de quinze jours; mais la dypsnée habituelle, le son mat et l'absence de la respiration, dans un point fort rétréci, persévérèrent tant que je vis D..... Du reste, le sommeil était bon, l'appétit se soutenait et les alimens n'incommodaient pas.

VII. *Obs. Percussion de la tête, de la poitrine, etc.; crachement de sang, douleur vive dans les régions sternale et sous-claviculaire.* — M.me........, âgée de soixante-huit ans, d'une moyenne stature, d'une bonne constitution, mais affaiblie par la misère et le chagrin, est battue, foulée aux pieds. Il en résulte des contusions à la tête, à la poitrine, aux bras, crachement de sang, difficulté de respirer, douleur vive dans les régions sternale et sous-claviculaire. Cependant elle prend du *vulnéraire* et reste couchée. Le quatrième jour la face exprime le désespoir, la respiration est courte, douloureuse, le pouls fréquent et concentré. (*Douze sangsues sur les points les plus douloureux du thorax, cataplasmes émolliens aux mêmes endroits; boisson*

*adoucissante, lavemens, pédiluves simples, diète rigoureuse*). Sous l'influence d'un traitement aussi simple, tous les symptômes furent allégés de suite et disparurent en peu de temps, sans être obligé de recourir à aucun autre moyen thérapeutique.

VIII. *Obs. Gastro-pleuro-pneumonie : vomissemens ; douleur aiguë au côté droit de la poitrine.* — M.me..., âgée de soixante-douze ans, d'une petite stature, maigre, courbée, toussant habituellement, est saisie de frisson, éprouve des vomissemens de matières bilieuses porracées, et, bientôt après, un point très-douloureux au côté droit de la poitrine. L'épigastre est sensible à la moindre pression, la respiration courte et laborieuse, la toux fréquente et sèche. La percussion augmente la douleur et ne produit qu'un son mat, au-dessous et un peu en arrière du sein droit. Le pouls est dur et accéléré, la face colorée, la tête pesante, la bouche amère, la langue rouge sur ses bords et pointue ; il y a de la soif ; constipation, urines rares et fort rouges. (*Quinze sangsues sur le point douloureux, infusion pect. gom., jul. béch., lavem. émoll., matin et soir, diète absolue*). Le 3 : le sang a coulé assez abondamment, au moyen des cataplasmes chauds appliqués sur les piqûres, et renouvelés toutes les deux ou trois heures ; il en est résulté une détente salutaire, et la douleur de côté a été calmée. Le pouls était plus souple et plus développé ; la respiration plus longue et moins laborieuse; la toux devenue plus rare amenait assez facilement des crachats épais et jaunâtres. La bouche, à la vérité, était encore sèche et amère, mais la sensibilité de l'épigastre avait beaucoup diminué, les vomissemens spontanés ne s'étaient pas renouvelés, et déjà M.me D....... était moins alarmée sur son état. (*Mêmes prescriptions*). Dès le troisième jour, il s'établit des sueurs copieuses ; l'expectoration, quoique abondante et de même nature, devint tout-à-fait facile ; le pouls, la respiration, la douleur de côté,

l'état des organes gastriques, tout s'améliora progressivement sous l'influence du traitement adoucissant. Bientôt j'ordonnai quelques révulsifs, et la convalescence était confirmée dès le huitième jour. La guérison la plus parfaite suivit de près.

IX.[e] *Obs. Anévrysme du cœur; dyspnée, face violacée, ophthalmie de l'œil gauche, céphalalgie atroce.* — Le 21 mai 1822, M.[me] B.., âgée de soixante-trois ans, d'une forte constitution, alitée depuis trois jours, me présenta les symptômes suivans: gonflement et rougeur violacée de la face, céphalalgie atroce et pulsative, violente inflammation de l'œil gauche, dont elle a d'ailleurs perdu l'usage depuis plusieurs années, par suite d'une percussion directe sur cet organe; sécheresse de la bouche et soif inextinguible, dypsnée, essoufflement, toux, pouls fréquent, dur, très-irrégulier, pincement dans la région du cœur dont les battemens sont tumultueux, se font sentir dans une grande étendue et ébranlent tout le thorax; nécessité d'être couchée sur le dos, la tête fort élevée; anxiété inexprimable, urines rares, constipation, œdématie des pieds. Tout cet appareil de symptômes annonçait assez une maladie très-compliquée, dont la source unique était peut-être dans la lésion organique du cœur, pour laquelle j'avais déjà précédemment soigné la malade (1). *Saignée du bras (huit onces) boissons, cataplasmes et lavemens émolliens; diète absolue*). Le lendemain, même état; la malade dit qu'elle ne peut plus respirer, qu'elle étouffe, qu'elle éprouve une vive douleur dans la région du cœur qui semble se déchirer. (*Dix sangsues sur le point douloureux, cataplasmes chauds sur les piqûres*). Le troisième jour, la respiration, la toux, la douleur précordiale, l'in-

(1) Il eût été important de préciser l'espèce de maladie organique du cœur dont cette dame était affectée. Il est impossible de s'en faire une idée exacte, d'après l'exposé des symptômes ci-dessus. (*Le R.*)

jection de la face se sont un peu amendées; mais la céphalalgie et l'inflammation de l'œil offrent toujours la même intensité, et les mouvemens du cœur, la même irrégularité et beaucoup de force. (*Huit sangsues sur le trajet des jugulaires*). Le quatrième jour, un peu de moiteur à la peau, expectoration plus facile de crachats épais et glutineux, une meilleure respiration, des urines plus abondantes. (*pédiluves sinapisés*). Le premier juin, le mieux se soutient; la céphalalgie, quoique moins intense, est toujours fort pénible ; l'ophthalmie est encore douloureuse, et l'action du cœur ne s'est point régularisée, quoique ses mouvemens fussent moins fréquens et moins tumultueux. (*Continuation de la diète.*) Le 10 (*vésicatoire à la nuque.*) Sous l'influence de ce révulsif, des applications émollientes sur l'œil, des boissons et potions adoucissantes, des pédiluves simples, des lavemens, et d'un régime très-ténu, l'inflammation de l'œil tomba, et avec elle disparurent en grande partie les douleurs de tête. Pour ralentir et régulariser, s'il était possible, les pulsations du cœur, j'administrai la digitale en poudre (les feuilles), pendant quinze jours, commençant par un grain et n'allant pas au-delà de quatre par jour. Cette faible dose ralentit pourtant sensiblement les mouvemens du cœur, et M.me B.... se trouva dans un état fort satisfaisant.

X.e *Obs. Hypertrophie du cœur, force et désordre de ses vibrations, ébranlement du thorax, dyspnée, face plombée, céphalalgie.* Dans les années 1822 et 1823, j'ai été consulté cinq à six fois par M.me G...., âgée de 61 ans, d'une moyenne stature, conservant de l'embonpoint, quoique réduite à la plus affreuse misère. Après avoir exercé long-temps une profession sédentaire, peu fatiguante, elle s'était vue forcée, par le mauvais état de ses yeux et par quelques circonstances particulières, à porter souvent des fardeaux au-dessus de ses forces. Il y a plusieurs années, qu'à la

suite de grands chagrins, elle s'aperçut qu'elle respirait difficilement, qu'elle était essoufflée au moindre exercice, quand elle marchait un peu vîte, et sur-tout en montant, sans pouvoir toutefois assigner l'époque précise où elle avait commencé à souffrir. Lorsque je la vis pour la première fois, elle avait la face gonflée, violette, de grosses lèvres qui paraissaient injectées, une violente céphalalgie, la bouche sèche, de la soif : elle était obligée, pour respirer, de rester le corps courbé en avant, et de faire d'incroyables efforts. Les mouvemens du cœur étaient fort tumultueux, ébranlaient toute la poitrine : la main pouvait les suivre dans une grande étendue, et la malade disait les ressentir jusque dans le dos, tandis que, d'un autre côté, le pouls était petit, très-irrégulier, au point même qu'on en comptait avec peine les vibrations. La région précordiale était si douloureuse, qu'elle ne pouvait supporter la moindre pression, pas même celle des vêtemens. Du reste, le thorax n'était pas déformé, et il résonnait assez bien dans les endroits où il était permis de le percuter. Les pieds étaient peu œdématiés. L'âge de la malade, l'ancienneté de sa maladie, le degré auquel elle était parvenue, ne me laissaient que le choix des moyens palliatifs : il me semblait avoir reconnu un anévrysme avec épaississement des parois du cœur. (*Douze sangsues sur la région du cœur, cataplasmes chauds sur les piqûres : tisane et potion gomm., lavemens émoll., pédiluves simples, diète absolue.*) La persévérance des accidens m'obligea à revenir, deux jours après, à l'application du même nombre de sangsues, et cette fois l'évacuation sanguine, secondée par tous les accessoires ci-dessus mentionnés, mit bientôt la malade à même de reprendre ses occupations accoutumées. Dans la suite, je tentai plusieurs fois, avec des succès variables, de la soumettre à l'usage de la digitale pourprée, aux mêmes doses que chez la malade précédente; mais j'ai constamment remarqué que cette sub-

stance ne diminuait pas, d'une manière appréciable, le nombre des vibrations du cœur, toutes les fois que je n'avais pas fait précéder son administration par la saignée. Cependant, assez généralement, elle améliorait la respiration, augmentait le cours des urines, et influait d'une manière avantageuse sur l'œdématie des membres inférieurs. Au bout d'une année, la maladie ne me parut pas avoir fait des progrès appréciables, ce qu'il faut sans doute attribuer à la vie tranquille et sobre à laquelle madame G... s'est astreinte. Le cœur, observé au moyen du stéthoscope, fait entendre un certain bruissement qui est peut-être le résultat de la difficulté qu'éprouve le sang à franchir l'orifice aortique (1). Le pouls n'est nullement d'accord, pour la force, avec les vibrations violentes de cet organe ; mais, du reste, il répète le même désordre et la même irrégularité.

---

(1) Il nous paraît indubitable que cette femme est affectée d'un rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur, rétrécissement dont l'anévrysme et l'hypertrophie ne sont qu'un effet consécutif. La discordance entre le pouls et les battemens du cœur, le bruissement que l'auscultation fait sentir, sont les deux principaux signes sur lesquels nous fondons ce diagnostic. L'auteur de ce mémoire soupçonne que le rétrécissement pourrait occuper l'orifice aortique. Il suffirait, pour s'en assurer, de déterminer dans quelle partie de la région précordiale le bruissement se fait plus particulièrement entendre, et s'il est isochrône aux battemens des ventricules ou bien à ceux des oreillettes. (*Voyez* pour le diagnostic du rétrécissement des orifices du cœur, un mémoire inséré dans le tome 3 *des Archives générales de Médecine*, page 29.)

(*Le R.*)

# MEDECINE ETRANGÈRE.

*Observation sur un cas de pneumato-thorax ; avec des expériences sur l'absorption de différentes espèces de gaz introduites dans la cavité de la plèvre ; par* John Davy (1).

Abraham Iredill, soldat au 7.e régiment d'infanterie, âgé de trente ans, fut admis le 30 janvier dernier à l'hôpital général militaire du *fort Pitt*, à *Chatam*. Il était affecté de phthisie pulmonaire, et réformé pour cette maladie. Son affection présenta quelques particularités qu'on ne reconnut pas pendant la vie, parce que la poitrine ne fut pas explorée avec soin, en raison de la rigueur du froid et de l'état désespéré du malade. Il mourut le 11 février. Son cadavre fut examiné le jour suivant, quatorze heures après la mort. Le côté droit de la poitrine présentait un très-grand développement, et résonnait quand on le percutait. L'abdomen ayant été ouvert avec soin, on trouva le diaphragme qui, au lieu d'être concave, était poussé en avant dans l'hypocondre droit, et formait une saillie convexe et presque conique, évidemment due à un dégagement de fluides élastiques. Le lobe droit du foie était refoulé vers l'épigastre, et appuyé sur une partie de l'estomac, du duodénum et du colon transverse. Par l'effet de cette pression du foie, la région pylorique de l'estomac était éloignée de sa position naturelle, et repoussée dans la région iliaque gauche, où elle était fixée à la partie supérieure de la courbure syg-

(1) *Philosophical Transactions, of the royal Society of London, for the year* 1823. Part. 2.e (Extrait par Ch. Billard).

moïde du colon. Par l'effet de la même pression, les intestins grêles étaient également refoulés en bas, et plus ou moins déplacés.

Le cadavre ayant été plongé dans un bain, on pratiqua sous l'eau, avec un scalpel, une petite ouverture dans une partie de la plèvre, où l'on pouvait le mieux apercecevoir le dégagement de l'air qui sortit en abondance. Deux cent onze pouces cubes furent recueillis dans des récipiens ; il s'en échappa environ treize pouces cubes; ce qui faisait en totalité un volume considérable d'environ deux cent vingt-cinq pouces cubes. Le gaz recueilli fut mis de côté pour être examiné plus tard, et l'on procéda à l'examen du cadavre dont on ouvrit la poitrine. On enleva et l'on conserva soigneusement l'eau qui s'était introduite dans la cavité pectorale, à la place du gaz. La face interne de la plèvre était couverte d'une couche mince de lymphe coagulable ; le poumon droit était excessivement comprimé; il adhérait immédiatement à la partie supérieure du péricarde, et présentait quelques adhérences isolées et solides à la partie postérieure de la poitrine, au niveau des sixième et septième côtes. En insufflant les poumons avec un soufflet à double vent, introduit par une ouverture faite à la trachée, le poumon droit se distendit beaucoup, et l'on s'aperçut que l'air passait librement dans la plèvre par un pertuis ulcéré, situé au sommet du lobe supérieur. Le poumon droit fut disséqué avec soin. On trouva au sommet de son lobe supérieur une excavation tuberculeuse ou vomique, susceptible de contenir quatre onces de liquide. Elle communiquait avec la trachée-artère par une large ramification bronchique, dont l'extrémité ulcérée venait s'ouvrir dans l'excavation accidentelle du côté opposé où la vomique présentait des ouvertures de communication avec la plèvre.

En examinant minutieusement la communication éta-

blie entre la cavité de la plèvre et le poumon, on découvrit une espèce de valvule qui permettait l'introduction de l'air aspiré dans la plèvre pendant l'acte de l'inspiration, mais qui s'opposait à sa sortie dans l'expiration. C'était sans doute à cette valvule, qui mérite une description particulière, qu'était due l'accumulation de l'air dont il est ici question. Entre la fausse membrane de la vomique et la plèvre existait un petit sinus irrégulier qui n'avait pas un pouce de diamètre, et dont les parois, bien que n'adhérant pas entre elles, se maintenaient d'elles-mêmes en contact, et se trouvaient ainsi très-rapprochées. Ce sinus était le canal de communication et comprenait ce que l'on compare ici à une valvule. Il communiquait dans la cavité thoracique par un trou large comme le diamètre d'une plume de corbeau, pratiqué à la plèvre; il s'ouvrait dans la vomique par trois autres trous plus petits, ne correspondant point aux premiers, et creusés dans le parenchyme pulmonaire; ce qui démontrait que l'air ne pouvait passer en ligne directe d'une cavité dans l'autre: et conséquemment, lorsque, dans l'acte de l'expiration, les parois du sinus étaient poussées l'une contre l'autre par la compression de l'air renfermé dans la plèvre, l'ouverture qui avait permis l'introduction de l'air se trouvait fermée et en empêchait la sortie.

Dans les environs de la vomique, le parenchyme du poumon contenait quelques tubercules peu nombreux dans le lobe inférieur, et plus nombreux dans le lobe supérieur. Les plus gros n'excédaient pas le volume d'un pois commun, et les plus petits avaient la grosseur d'un grain de moutarde. Ces derniers étaient transparens; les plus gros offraient différens degrés d'opacité; tous étaient solides, aucun d'eux n'était en suppuration. Le poumon gauche, libre de toute adhérence, contenait de petits tubercules encore peu développés. Les bronches et le côté droit de la trachée-artère étaient plus rouges que dans l'état natu-

rel. Il y avait dans le péricarde trois onces de sérosité; ce liquide se trouvait dans les ventricules du cerveau en plus grande quantité qu'à l'ordinaire. On n'observa pas d'air dans les vaisseaux sanguins ni dans les cavités membraneuses d'aucune autre partie du corps.

L'eau qui pénétra dans la cavité droite de la poitrine, au moment où l'air s'en était échappé, était trouble. Elle déposa un sédiment blanc qu'on pouvait évaluer à la quantité d'une once. Ce sédiment avait l'apparence et même les qualités du pus; il devint visqueux par l'action du muriate d'ammoniaque; il était soluble dans l'acide sulfurique, et se précipitait par son mélange avec l'eau. Une partie de ce liquide, traitée par le sublimé corrosif et soumise à l'évaporation, donna onze onces de sérum: une autre partie (une once et demie) du même liquide, qu'on fit simplement évaporer, fournit vingt-deux grains de résidu sec.

Le gaz recueilli de la cavité thoracique ne répandait aucune odeur; il éteignait une bougie, et n'était pas inflammable. Sur cent parties traitées par l'eau de chaux et par le phosphore, on trouva huit parties d'acide carbonique et quatre-vingt douze d'azote.

En réfléchissant à la communication établie entre la plèvre et l'atmosphère, à travers le parenchyme pulmonaire, il paraît démontré que le gaz, dont il vient d'être question, était de l'air atmosphérique altéré. Mais comment cette altération avait-elle eu lieu? à quelle cause était due la disparition de l'oxygène? d'où venait le gaz acide carbonique qu'on avait trouvé mêlé avec l'azote?

On fit les expériences suivantes pour démontrer la disparition de l'oxygène. On introduisit de l'air dans la plèvre d'un chien par une incision qu'on eut soin de fermer aussitôt après, à l'aide d'une suture. Au bout de quarante-huit heures, l'animal fut tué. Une heure après la mort, on fit sous l'eau une ponction à la plèvre; huit pouces

cubes d'air furent recueillis. Cet air, traité par l'eau de chaux et le phosphore, se trouva contenir quelques traces de gaz acide carbonique ; il renfermait aussi quatre-vingt-treize parties d'azote et sept d'oxygène. L'ouverture de la plèvre était fermée par de la lymphe coagulable, et la plèvre elle-même n'était pas enflammée.

Il semble résulter de cette expérience que l'oxygène avait été absorbé en plus grande proportion que l'azote, ce qui nous explique l'abondance de ce dernier gaz dans le cas précédent.

On peut objecter que cette expérience ne prouve pas que quelque peu d'azote n'ait été absorbé, et que par conséquent, cette expression, *en plus grande proportion*, est inexacte ; mais quoique l'absorption de ce gaz ne soit pas ici démontrée, il est probable qu'elle a eu lieu. On est du moins porté à le croire par les expériences de sir Astley Cooper qui, ayant introduit de l'air atmosphérique dans le thorax et l'abdomen de quelques chiens, le trouva quelque temps après absorbé en entier.

Quant à la source du gaz acide carbonique, il est facile de croire qu'il provenait de l'air contenu dans les cellules pulmonaires, comme cela a lieu dans la respiration ; et que, se mêlant avec l'air inspiré, il avait été ensuite reçu dans la plèvre. Si telle était sa source, et s'il n'était point exhalé par la plèvre, on peut en conclure que cette membrane l'absorbe moins facilement que l'oxygène. L'expérience suivante fut faite afin d'éclairer cette question.

On introduisit dans une vessie, garnie à l'une de ses extrémités d'un robinet, à l'autre d'un petit trois-quarts, trente pouces cubes d'air, renfermant quatre-vingts parties d'air atmosphérique et vingt d'acide carbonique. On plongea le trois-quarts dans la plèvre droite d'un chien ; aussitôt l'air se précipita de la vessie dans la plèvre, et fut forcé pendant l'expiration de revenir en partie dans la vessie. On ne put déterminer exactement la quantité

d'air retenu, mais elle ne pouvait excéder dix pouces cubes. On retira promptement la canule, et l'ouverture extérieure fut fermée par une suture. La santé du chien souffrit très-peu de cette opération ; deux jours après, lorsque l'animal parut guéri, on renouvela l'expérience du côté gauche de la poitrine. On introduisit dans la plèvre un mélange de soixante-quinze parties d'air atmosphérique et de vingt-cinq de gaz acide carbonique ; vingt-quatre heures après, le chien fut tué et examiné.

Trois pouces cubes d'air seulement furent retirés de la plèvre droite. Cet air contenait : gaz acide carbonique, 18. 3 ; azote, 78. 3 ; oxygène, 3. 4, tandis que l'air, au moment de son introduction, consistait en : gaz acide carbonique, 20. 0 ; azote, 63. 2 ; oxygène, 16. 8.

Il résulte évidemment de cette expérience que, pendant un séjour de trois jours dans la plèvre, l'oxygène avait été absorbé en plus grande quantité que le gaz acide carbonique, et ce dernier en plus grande quantité que l'azote, qui au contraire se trouve en excès. Le résultat de l'expérience pratiquée sur la plèvre gauche était tout-à-fait semblable ; on trouva 10 pouces cubes de gaz formé par 5 parties d'acide carbonique, 70. 6. d'azote et 4.4. d'oxygène ; les différentes parties de la cavité pectorale étaient dans l'état sain, et la cicatrice de la plèvre était à peine perceptible. Les résultats de ces expériences semblent propres à démontrer que dans l'observation détaillée plus haut, le gaz acide carbonique qui fut trouvé ne provenait pas par sécrétion ou par exhalation de la surface de la plèvre, mais bien de l'air respiré, et introduit par l'ouverture ulcérée du poumon.

D'autres gaz, tels que l'hydrogène et le deutoxyde d'azote, furent également introduits dans la plèvre ; voici le résultat de ces expériences.

On introduisit environ vingt pouces cubes d'un mélange comprenant 57. 5. de gaz acide carbonique, et 42. 5. d'hy-

drogène dans la plèvre gauche d'un chien, de la manière et avec les précautions précédentes. On n'observa aucun symptôme particulier. Deux jours après, trente pouces cubes d'un mélange de 44. 5. d'azóte, et 55. 5 de gaz nitreux, sont introduits dans la plèvre droite. Immédiatement après, la respiration du chien devient courte et précipitée sans être laborieuse; il refuse la nourriture, et meurt le soir, cinq heures après l'expérience. Le lendemain on examine le cadavre; six pouces cubes d'air sont extraits de la plèvre gauche; cet air contient douze parties de gaz acide carbonique et quatre-vingt-huit d'azote. Après avoir enlevé l'acide carbonique par le moyen de l'eau de chaux, l'air restant éteint une bougie, et n'est pas inflammable; d'où l'on peut conclure que cet air est de l'azote, du moins en grande partie, et que l'hydrogène s'y trouve en si petite quantité qu'on ne peut en reconnaître la présence. On retire de la plèvre droite cinq pouces cubes d'air; il contient 6. 9. de gaz nitreux, et 93. 1. d'azote. A l'ouverture de la poitrine, on trouve les plaies fermées, et les plèvres dans l'état naturel. Le parenchyme du poumon gauche est plus rouge qu'à l'ordinaire; celui du poumon droit est d'un rouge obscur; il contenait beaucoup de sang et de sérosité; les bronches sont saines; l'oreillette et le ventricule droits du cœur, ainsi que la veine-cave, distendus par du sang grumeleux; l'oreillette, le ventricule gauche et l'aorte contiennent beaucoup de sang liquide qui offre, ainsi que celui de tout le système nerveux, une teinte de chocolat.

Ces deux expériences, pratiquées sur le même chien, démontrent, 1.° l'absorption de la plus grande partie du gaz acide carbonique introduit dans la plèvre; celle de tout l'hydrogène, et la présence, *de novo*, d'une quantité considérable d'azote; 2.° la mort de l'animal, cinq heures après l'insufflation du gaz nitreux et de l'azote dans la plèvre opposée; l'absorption de la plus grande partie du premier

de ces gaz, sans l'inflammation de la membrane avec laquelle il avait été mis immédiatement en contact; et enfin la production d'un changement particulier dans le sang. Dans ces expériences, qui ont été répétées plusieurs fois, nous avons toujours remarqué que l'hydrogène avait disparu, et avait été remplacé par une petite quantité d'azote.

Ce dernier gaz existait-il primitivement dans la plèvre? Une remarque du docteur Laennec semble répondre affirmativement à cette question. M. Ribes l'a, dit-il, assuré qu'il avait trouvé, en ouvrant des cavités séreuses sur des chiens, une petite quantité d'air s'en exhaler (1); d'un autre côté, cette assertion est combattue par les expériences de Haller, et par d'autres observateurs qui, s'opposant à l'opinion de Hamberger, et faisant revivre celle de Galien, disent qu'il peut se trouver de l'air épanché entre le tissu pulmonaire et la plèvre.

Afin de nous expliquer des assertions aussi contradictoires, nous avons fait les expériences suivantes. En ouvrant sous l'eau le thorax de quelques chiens, après les avoir noyés, il ne s'élève pas le plus petit globule d'air à la surface du liquide. Mais si l'on ouvre le côté droit de la poitrine d'un chien, au milieu de l'atmosphère, on voit aussitôt le médiastin refoulé de gauche à droite (le cadavre étant couché sur le côté gauche). On pourrait facilement croire que ce mouvement du médiastin est dû à un dégagement d'une certaine quantité d'air contenu dans la plèvre gauche; mais cette idée devient inadmissible; en considérant que l'air qui se dégage ainsi n'est pas contenu dans la plèvre, mais dans le médiastin lui-même, lequel, communiquant avec la plèvre droite, contient un lobule du poumon droit, *dextri pulmonis additamentum*, comme l'appelle Haller; lobule que ce physio-

(1) *Traité de l'Auscultation médiate.*

logiste célèbre a décrit dans la structure du médiastin du chien et de beaucoup d'autres animaux, et qu'il a désigné comme une des principales causes de l'opinion erronée qu'il combattait (1).

L'azote proviendrait-il du sang par exhalation ou par secrétion ? Il est facile de produire des faits en faveur de cette opinion. Une exhalation ou un dégagement de gaz azote paraît avoir remplacé, dans l'expérience de MM. Allen et Pepys, l'oxygène pur qu'ils avaient fait respirer (2). A l'ouverture des cadavres, on trouve souvent, dans les vaisseaux et à l'intérieur des cavités, beaucoup de gaz qui probablement sont de l'azote (3). On a avancé, dans ces derniers temps, que les gaz que l'on rencontrait ainsi sur les cadavres étaient toujours le résultat de la putré-

(1) Haller, *Opuscula anatomica.*

(2) *Philosoph. Trans.*, 1819.

(3) *Voy.* Morgagni, *De sedibus et causis morb.*, et les *Transactions de la Société pour les progrès des connaissances médicales et chirurgicales* (1.er vol.), dans lesquelles on trouve un cas intéressant d'emphysème, ne provenant point d'une altération locale, avec quelques observations importantes relatives à la secrétion de l'air, par le docteur Baillie.

Malgré les expériences détaillées par *sir* Everard Home, dans sa *Lecture croonienne*, insérée dans les *Transactions Philosophiques* pour 1818, je suis porté à croire que le gaz dont il est question est de l'azote plutôt que de l'acide carbonique : parce que l'alcali dans le sang n'est pas saturé d'acide carbonique ; parce que le sérum du sang est capable d'absorber l'acide carbonique mieux que l'eau même, comme je m'en suis convaincu par des expériences; parce que, pendant la coagulation spontanée du sang, et la coagulation du sérum par la chaleur, je n'ai jamais observé qu'il se soit dégagé de gaz acide carbonique, lors même que les expériences avaient été faites dans des vaisseaux clos ; enfin, parce que je n'ai jamais pu obtenir de gaz acide carbonique du sang tiré des vaisseaux, et encore chaud et soustrait au contact de l'air. Je ferai remarquer ici que j'ai fait deux expériences sur du sang placé dans le vide, et toujours sans résultat satisfaisant. Dans un cas j'avais employé du sang artériel de bœuf; dans un autre cas, je m'étais servi du sang d'un homme en santé. Dans l'une et l'autre circonstances, le sang resta parfaitement tranquille, et lorsque le vide fut parfait, il ne se fit pas le moindre dégagement gazeux.

faction. Certes, l'exact Morgagni ne se serait pas trompé en avançant le contraire. J'ai remarqué plusieurs fois de l'air dans les vaisseaux de la pie-mère, sur des sujets morts depuis quelques heures. J'en ai également rencontré dans la veine jugulaire interne d'un cadavre disséqué huit heures après la mort, et n'offrant encore aucune trace de putréfaction commençante. Enfin, il paraît que l'air peut passer (probablement à l'aide des absorbans), des cellules du poumon dans la plèvre. Cette opinion n'est-elle pas confirmée par l'expérience de Hales (1) ? Ayant moi-même insufflé, aussitôt après la mort, les poumons d'un chien plongé dans l'eau, avant que les muscles aient eu le temps de perdre leur irritabilité, j'ai vu, à l'instant même, des bulles d'air s'exhaler de la surface de la plèvre correspondante au lobe inférieur; et en pressant avec les doigts les parties du poumon que l'air avait gonflées, le même dégagement a eu lieu.

Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas déduire de ces expériences, des conséquences rigoureuses, et nous ne donnons ici les résultats de nos observations relativement au phénomène intéressant qui fait le sujet de ce mémoire, que comme de simples faits à l'aide desquels on pourra, par la suite, découvrir la source véritable de l'azote dont la présence a été reconnue dans les expériences qui viennent de nous occuper.

Le gaz nitreux introduit dans la plèvre produit de graves accidens, qui pourtant ne sont pas mortels si le poumon de l'autre côté est encore propre à remplir ses fonctions. Des symptômes alarmans surviennent ordinairement au bout de douze heures ; alors, si l'on tue l'animal, on trouve ce gaz absorbé, la plèvre est intacte, le tissu du poumon présente de légères traces de phlogose ; et le sang est d'une couleur brunâtre. D'où l'on peut con-

(1) Voyez *Stat Essays i*, 252.

clure que le gaz nitreux ne produit des effets délétères qu'après avoir été absorbé, soit en agissant immédiatement sur le sang, soit en agissant sur ce liquide par l'intermédiaire des cellules pulmonaires, se trouvant converti en gaz acide nitreux pendant qu'il chemine dans la circulation pulmonaire.

Une seule expérience a été faite sur l'absorption de l'oxyde nitreux : trente pouces cubes de ce gaz mêlés dans la proportion de 25 sur 100 d'air atmosphérique, furent introduits dans la plèvre d'un chien. L'animal n'en fut pas incommodé; il se montra même plus vif. Cet état continua pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles il fut tué. On retira de la plèvre cinq pouces cubes d'air qui renfermait 10 parties d'oxygène et 90 d'azote : l'oxyde nitreux ne s'y rencontrait pas. La plèvre et les poumons ne présentaient rien qu'on pût attribuer à l'absorption du gaz.

M. Abernethy (1), dans ses recherches ingénieuses *sur les Fonctions de la peau*, a démontré qu'elle avait la propriété d'absorber et d'exhaler certains gaz; propriété dont l'exercice est attaché à des lois particulières de l'économie animale. Les expériences précédentes semblent prouver que la plèvre possède aussi, comme la peau, la propriété d'absorber, mais que cette absorption s'exerce plutôt sur certains gaz que sur d'autres. Des expériences ultérieures auront pour but de démontrer que cette membrane séreuse peut également exhaler des gaz.

*Histoire d'un cas de pneumato-thorax dans lequel l'opération de l'empyème a été pratiquée ; avec des remarques sur l'air rencontré dans les cavités du corps, et la propriété qu'ont les membranes muqueuses d'absorber l'air ; par* JOHN DAVY. — Patrick Calnon, soldat au 50.me régiment d'infanterie, fut admis dans la division médicale de l'hôpital général militaire du fort Pitt, le 9 mai dernier, immédiatement après son retour de la Jamaïque, où il avait reçu

(1) *Surgical and Philosophical Essays*, *part.* II, *by* JOHN ABERNETHY.

son congé à cause d'une hémoptysie survenue à la suite d'une chute qu'il avait faite sur le côté gauche de la poitrine, dix-huit mois auparavant. Sa santé avait toujours été mauvaise depuis cet accident.

Le 13 mai, après une violente quinte de toux, des symptômes de pneumato-thorax se manifestèrent et augmentèrent progressivement jusqu'au 21. Il éprouvait un resserrement extrême dans la poitrine et l'abdomen; sa respiration était difficile et rapide; il avait de l'anxiété; son pouls battait 130 fois par minute. Des sueurs froides se répandaient souvent sur son visage; il était abattu. Le côté gauche de la poitrine, plus saillant et plus large que le côté droit, était très-tendu et très-sonore, signes évidens de la présence de l'air; les battemens du cœur se faisaient ressentir sous la mamelle du côté droit.

Je conseillai l'opération de l'empyème; mon avis fut appuyé par les docteurs Skey et Schetkey.

Après avoir divisé les tégumens avec un scalpel, entre la 8.e et la 9.e côtes, je plongeai dans le côté gauche de la poitrine un petit trois-quarts que j'avais adapté à une vessie vide. Je recueillis moins d'air que je ne l'espérais; j'en obtins cinq pouces cubes composés d'azote et d'un peu d'acide carbonique.

Considérant que le passage de l'air avait pu être obstrué par des adhérences de la plèvre, et d'ailleurs encouragé par ce que m'avait offert la composition du peu de gaz que je venais d'obtenir, je pratiquai le lendemain une autre ponction au-dessous du sein gauche. Une grande quantité d'air distendit aussitôt la vessie. Ayant lié cette dernière, et l'ayant séparée d'avec la canule, on vit l'air sortir par l'extrémité de celle-ci pendant quelques secondes, avec autant de rapidité que la fumée qui sort d'un tuyau de pipe. Lorsqu'il ne s'échappa plus de gaz, l'ouverture de la poitrine fut soigneusement fermée avec des bandelettes adhésives.

Après cette opération, le malade se sentit beaucoup soulagé ; et aujourd'hui (17 juin), son appétit est bon, sa toux l'incommode peu, il peut se coucher sur le côté gauche; les deux plaies de la poitrine sont fermées; le côté gauche du thorax n'est plus ni tendu ni sonore. Malgré cela, les battemens du cœur se font encore sentir à droite, et le malade éprouve, au moindre mouvement de son corps, la sensation d'un fluide dans la cavité thoracique gauche.

Vingt-cinq pouces cubes d'air avaient été recueillis dans la vessie. Il était composé de 93 parties d'azote et de 7 d'acide carbonique. Il renfermait ainsi les mêmes parties que l'air trouvé chez le sujet de l'observation précédemment rapportée, et il ne recélait ni dans le premier ni dans le second cas, de propriétés malfaisantes.

En réfléchissant à la nature de la maladie dont le sujet était affecté, et à l'apparition subite des symptômes de pneumato-thorax après un violent accès de toux, on est porté à croire qu'il existait également ici une ouverture de la plèvre communiquant avec les bronches, et disposée de manière qu'elle pût favoriser l'épanchement de l'air dans la cavité thoracique, et s'opposer à ce qu'il rentrât dans les bronches.

J'ai trouvé deux fois dans diverses cavités du corps de l'air répandu en assez grande quantité pour qu'il pût être recueilli et analysé. Les cadavres ne présentaient encore aucunes traces de putréfaction.

Le 23 mai, en disséquant le cadavre d'un soldat âgé de 27 ans, qui était mort d'une dysenterie chronique, compliquée d'ulcères au larynx, je trouvai le tissu cellulaire des deux replis du médiastin, emphysémateux. Les vésicules ayant été ouvertes sous l'eau, on recueillit un demi-pouce cube d'air. Il contenait : oxygène, 7; acide carbonique, 4; azote, 89. Les parties environnantes furent soigneusement examinées, et particulièrement la

trachée, les poumons et l'œsophage. On ne trouva point de passage par où l'air aurait pu s'introduire dans le médiastin, où il fut impossible de faire parvenir de l'air en insufflant fortement les poumons. L'oxygène provenait probablement de l'air extérieur, et il s'était sans doute mêlé aux autres gaz, soit par le contact immédiat de l'air avec les parties disséquées, soit en s'introduisant dans les vésicules pendant la préparation qui avait duré une heure et demie.

Le 2 juin, en examinant le corps d'un soldat âgé de 36 ans, qui était mort de phthisie tuberculeuse, je trouvai sur la surface des poumons des vésicules d'air, semblables à celles décrites par le docteur Baillie, dans son *Anatomie pathologique*, et considérées, par cet auteur, comme le résultat d'une sécrétion d'air et non de l'extravasation de ce fluide sous la plèvre, conformément à l'opinion avancée par le docteur Laennec. L'air contenu dans les vésicules, dans le cas dont je parle, était composé de cinq parties d'azote et d'une partie d'acide carbonique. La quantité d'air recueilli ne s'élevait pas à $\frac{1}{20}$ de pouce cube. On ne put y découvrir la moindre trace d'oxygène.

Pensant que les membranes muqueuses pouvaient absorber l'air aussi bien que les membranes séreuses et la peau, je me proposai d'examiner l'air contenu dans les sinus maxillaires et frontaux. Je choisis pour sujets de mes expériences des têtes de brebis sur lesquelles ces sinus sont larges, leurs ouvertures de communication avec l'air extérieur, étroites, et les membranes qui les tapissent dans un état continuel de sécrétion. Pour recueillir l'air, on perfora ces cavités sous l'eau, un quart-d'heure après la mort de l'animal. Tels furent, à deux reprises différentes, les résultats des expériences. L'air recueilli du sinus maxillaire était composé de : gaz acide carbonique, 4. 3.; azote, 82. 7.; oxygène, 13. o.

Celui du sinus frontal : oxygène, 13. 5. ; azote, 86. 5. On ne rencontrait pas ici de gaz acide carbonique. Son absence était due sans doute à la grande quantité des mucosités qui l'avaient absorbé. Dans une autre expérience, l'air contenu dans le sinus maxillaire était composé de : gaz acide carbonique, 4. 2. ; oxygène, 13. 8. ; azote, 82. o. L'air des sinus frontaux renfermait : gaz acide carbonique, 4. 5. ; oxygène, 9. 5. ; azote, 86. o. En supposant que l'air, avant d'entrer dans ces cavités, ait subi quelque changement par l'acte de la respiration, les résultats décrits semblent indiquer l'absorption de l'oxygène.

D'autres faits, sans être plus concluans que ceux dont il vient d'être question, peuvent servir cependant à appuyer cette opinion, que les membranes muqueuses absorbent l'air : tels sont, à mon avis, les résultats des expériences de MM. Magendie et Chevreul, sur la composition de l'air contenu dans l'estomac et les intestins de l'homme (1). Je puis ajouter à cela l'observation d'un soldat sur lequel je trouvai le cœcum et le commencement du colon excessivement distendu par de l'air, et présentant une couleur rougeâtre comme s'ils eussent été enflammés, tandis que le colon ascendant était fortement contracté. J'en recueillis 36 pouces cubes d'air, composé de 11 parties de gaz acide carbonique, et 89 d'azote. Les moyens d'y constater la présence de l'hydrogène carboné me manquaient.

La question de savoir, si les membranes muqueuses sont capables d'absorber des gaz, mérite de fixer l'attention sous le rapport de la théorie de la respiration. Celle qui est généralement admise aujourd'hui, est sans doute remarquable par sa simplicité, mais elle n'est point appuyée par les analogies et les faits physiologiques qui semblent plaider en faveur de l'absorption de l'oxygène

(1) *Annales de Chimie et de Physique*, tom. 1, p. 229.

dans le sang, et du dégagement du gaz acide carbonique; phénomènes qui paraissent se passer non-seulement dans les cellules pulmonaires, mais encore dans tout le trajet des premières voies, et sur toute l'étendue des surfaces extérieures du corps.

---

*Des Pustules qui se manifestent sous la langue dans la rage. Extrait du Journal de Médecine-pratique de M.* HUFELAND, *cahier de mars* 1824.

*Lettre du docteur* XANTHOS, *de Siphnus, en Grèce, adressée à M.* HUFELAND.—Je trouvai au commencement de mai 1823, entre autres compatriotes, une personne de Trapezunt, d'un âge déjà avancé, et paraissant avoir une connaissance exacte des usages de son pays. Il venait de la Russie, et à son passage en Suisse, il fut question des *Lysses* en parlant de la rage. Sur la demande que je lui fis par rapport à ces dernières, il m'apprit que, chez les personnes qui avaient été mordues par un animal enragé, il se manifestait sous la langue, vers le neuvième jour, des petites vésicules connues des Grecs sous le nom de *lysses*; qu'ils avaient coutume de les exciser avec un bon rasoir, et d'entretenir l'hémorrhagie, afin de donner issue au virus. Connaissant ce qu'avait dit à ce sujet le docteur Marochetti, j'attachai de l'importance à ces remarques, et pris aussitôt des renseignemens exacts auprès de mes autres compatrotes, qui avaient habité différentes provinces de la Grèce, et tous dirent en avoir entendu parler, et même souvent observées. Je reçus de Polychronis, thessalien, les détails suivans. Lorsque quelqu'un, dit-il, a été mordu par un animal enragé, il se manifeste sous la langue, vers le neuvième jour, des petites vésicules de la grosseur d'un pois, ou plus petites, ayant un aspect terne et comme charnu; siégeant près du frein, et particulière-

ment à côté des veines. Il suffit, pour reconnaître leur existence, de comparer la langue d'une personne saine avec celle d'un malade.

Aussitôt qu'on les aperçoit, il faut les enlever avec un rasoir, et entretenir l'hémorrhagie. Si l'on néglige ces précautions, ou qu'on les prenne trop tard, comme vers le vingtième jour, les *lysses* rentrent en dedans, il se forme une métastase du côté du cerveau, et les malades meurent avec tous les symptômes de la rage, en proie aux plus terribles convulsions.

Plusieurs Grecs, reprend le docteur Xanthos, auxquels je m'étais adressé, confirmèrent entièrement le récit de Polychronis, de même que K. W, Épirot; en ajoutant toutefois, qu'aussitôt que les *lysses* étaient enlevées, et qu'elles ne saignaient presque plus, il fallait les frotter avec de l'ail et du sel de cuisine.

Il avait vu souvent pratiquer cette opération, et il assurait, que toutes les fois que l'on prenait ces préautions, les malades étaient hors de danger au bout de quarante jours. Il faisait remarquer que les habitans des montagnes voisines avaient la coutume de mettre de l'eau dans leurs fusils, et de se rincer ensuite la bouche avec cette eau, après que les *lysses* avaient été emportées. Un Grec, d'environ soixante ans, m'annonce qu'il a souvent mis cette méthode en pratique en Russie, et qu'elle a toujours été couronnée de succès. Dans plusieurs contrées de la Grèce, on écrase l'*ocypode fluviatilis*, et on l'applique sur l'endroit mordu. On prépare encore avec le même animal une boisson, en le mettant infuser avec du vin ou de l'eau. Les habitans des provinces regardent l'*ocypode fluviatilis* comme un remède capital, et ils en font usage pendant plusieurs jours, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Tout en se servant des moyens dont il vient d'être parlé, on ne néglige ni la cautérisation, ni l'extirpation, etc., de la partie mordue.

Il résulte des faits qui précédent, que le traitement de la rage est le même dans toute la Grèce, partout il consiste à exciser les *lysses*. L'auteur pense que le paysan, que Marochetti dit avoir vu traiter la rage avec tant de succès, a appris ce mode de traitement d'un Grec, ou peut-être en Grèce même; car il est de toute probabilité que ce traitement tire son origine de la Grèce. Si M. Xanthos a l'occasion, après son retour en Grèce, d'observer de nouveaux faits sur ce sujet, il s'empressera de leur donner toute la publicité possible. M. Hufeland lui témoigne toute sa reconnaissance pour la communication de ces faits importans. Il nous a appris, dit-il, quelle était la vraie patrie de cette découverte, son ancienneté et la connaissance universelle du procédé dans son pays. La longue expérience du peuple grec, relativement aux phénomènes de la rage, est une preuve de la véracité des faits qu'il mentionne.

Lorsque le gouvernement prussien eut connaissance de cette découverte, il ordonna qu'on fît des recherches exactes sur les *lysses*. On observa, en effet, de ces pustules dans plusieurs cas; mais on ne les a pas toujours rencontrées; cela peut dépendre de ce que l'on n'a pas fait des recherches assez tôt; car, comme l'a fait observer M. Xanthos, elles ne se manifestent qu'à une certaine époque, et elles ne sont visibles que pendant quelques jours.

Les *lysses* ont aussi été observées en France, comme on le verra plus bas.

M. Hufeland pense que c'est au mode de traitement des Grecs qu'est due la rareté de la rage au Levant; toutefois, bien qu'il en reconnaisse les précieux avantages, il ne recommande pas moins le traitement local de la morsure, en ce qu'il détruit le virus rabique dès les premiers momens de l'infection.

*Observations sur la rage, par le docteur* Marochetti, *opérateur à l'hôpital Gallitzin de Moscow.* — Ce médecin

eut souvent occasion d'observer des cas de rage, durant son séjour dans les provinces méridionales de la Russie, où les chiens sont nombreux ainsi que les loups, qui y deviennent souvent enragés, n'épargnant alors ni hommes ni animaux. Les observations bien suivies qu'il fut à la portée de faire, lui apprirent, sur la marche de la maladie, les faits suivans.

Les premiers mordus par un animal enragé, sont plus vite et avec plus de violence atteints d'hydrophobie, que ceux mordus ensuite; de sorte que le dix-huitième ou le vingtième individu, mordu successivement par le même animal, peut être regardé comme hors de danger.

Chaque morsure d'un animal enragé n'est pas suivie de l'infection: ce qui provient de ce que le virus rabique n'est pas constamment dans la bouche; il ne s'y accumule qu'à certaines époques.

L'action du virus rabique ne perd pas, comme le virus de la peste, de son intensité par la communication.

Il n'existe qu'un remède pour prévenir le développement de la rage; c'est de donner issue au virus lorsqu'il se manifeste.

Le virus ne reste pas dans la plaie où il a été déposé par la morsure; il est porté dans toute son intégrité dans les glandes sublinguales, où il agit comme *astringent*. Les conduits de ces glandes aboutissent dans ceux des glandes submaxillaires, placées aux côtés du frein de la langue; c'est dans ces derniers conduits que le virus rabique s'accumule à certaines époques, et forme deux ou trois petites tumeurs, dans lesquelles on sent de la fluctuation, au moyen d'un stilet. Il est alors temps de seconder la nature qui s'efforce de l'expulser.

C'est ordinairement du troisième au neuvième jour après la morsure, que les pustules commencent à paraître. Elles disparaissent, si dans l'espace de vingt-quatre heures, on n'a pas donné issue au virus; il se forme alors

une métastase du côté du cerveau, qui produit les phénomènes de l'hydrophobie. L'anatomie pathologique n'a encore rien appris sur la nature et le siége de cette maladie.

La première chose que l'on doit faire en arrivant auprès d'un individu mordu par un animal enragé, ou supposé enragé, c'est de visiter la surface inférieure de la langue, en continuant ces recherches pendant six semaines, et tous les jours deux fois. Si, au bout de ce terme, on n'aperçoit pas de pustules, on peut être assuré que l'infection n'a pas eu lieu : se manifestent-elles, au contraire, il faut de suite les ouvrir, et ensuite les cautériser. On les ouvre au moyen d'une petite lancette ; il s'écoule immédiatement après l'opération une humeur verdâtre, que le malade aura soin de cracher ; on lui ordonne ensuite de se rincer la bouche avec une décoction des sommités et des fleurs du *genista tinctoria*. Il pourra également prendre de cette décoction à l'intérieur, et en continuer l'usage pendant six semaines tous les jours, à la dose d'une livre et demie. Cette même plante peut aussi être donnée en poudre, à la dose d'une demi-once par jour. Toutefois, l'âge, la constitution des malades, devront être pris en considération.

Ces généralités sont suivies de deux observations que nous allons rapporter.

Quinze personnes d'âge et de sexe différens, furent mordues en 1813 par un chien enragé, dans un village en Ukraine. M. Marochetti, qui habitait alors ce pays, se transporta sur les lieux pour secourir ces malheureux. Lorsqu'il voulut entreprendre le traitement, il fut prié d'en laisser le soin à un paysan des environs, qui depuis plusieurs années traitait cette maladie avec succès. L'auteur accéda aux instances de ces gens, mais à condition que le traitement se ferait en sa présence, et qu'il traiterait un des malades par les moyens ordinaires de l'art. Il

choisit une jeune fille de six ans ; le paysan traita les quatorze autres malades selon la méthode déjà décrite. Les pustules furent cautérisées avec une grosse aiguille incandescente, et la décoction de *genista tinctoria* fut administrée. L'opération ne fut pratiquée que sur douze qui guérirent; chez les deux derniers mordus, il ne se manifesta pas de pustules ; cependant on leur fit prendre de la décoction. Au bout de plusieurs années, M. Marochetti revit souvent ces individus, et tous étaient bien portans. L'enfant dont il s'était réservé le traitement mourut hydrophobique.

A Meskowka, petite ville en Podolie, vingt-six personnes furent mordues en 1808 par un chien enragé, qui ensuite fut trouvé mort. Trois divisions furent établies pour loger ces malades ; de manière que neuf hommes se trouvaient dans la *première*, onze femmes dans la *seconde*; six enfans dans la *troisième*. Chez cinq hommes, chez toutes les femmes et chez trois enfans, il se manifesta des pustules. Elles se montraient du troisième au neuvième jour chez les individus qui avaient les plaies les plus considérables. Chez une femme, qui n'avait qu'une petite plaie à la jambe, on ne les aperçut que le vingt-unième jour. Les sept individus, chez lesquels il ne s'était pas manifesté de pustules, furent néanmoins tenus à prendre de la décoction, et surveillés jusqu'à la guérison complète de leurs plaies. On appliquait sur celles-ci le dépôt de la décoction de *genista tinctoria*. L'administration d'un léger purgatif répétée toutes les semaines, a été d'un grand secours pour combattre la constipation. D'après ce simple procédé, on est parvenu à guérir une quarantaine de personnes.

L'apparition des pustules s'annonce par quelques signes, tels que la dilatation de la pupille, la céphalalgie, le regard sombre.

L'auteur regarde la maladie qui nous occupe, comme

*locale*, dont le développement peut être empêché, en détruisant assez tôt le principe particulier qui la produit. Si cette précaution n'a pu être prise, l'absorption s'opère; alors tous les remèdes deviennent inutiles, et la maladie se déclare sous son aspect terrible.

M. Marochetti pense que l'on peut en conséquence conclure que tous les symptômes de l'hydrophobie sont le résultat de l'absorption du virus rabique; qu'il est probable que son action destructive et première s'exerce sur les nerfs qui vont aux glandes sublinguales et submaxillaires, venant de la cinquième paire, et sur les nerfs intercostaux et cervicaux. L'auteur fait remarquer, qu'en considérant les nombreuses ramifications de ces nerfs entre eux, et leurs communications, on peut se rendre compte de la cause immédiate des phénomènes de l'hydrophobie (1).

(1) Un médecin français, M. Magistel, a publié des observations sur ce sujet (*Mém. sur l'hydrophobie*, 1823.) Le 12 et 13 octobre 1822, un loup enragé tua, aux environs de Saintes, un homme, et il en blessa dix-sept, dont deux moururent enragés. M. Magistel en traita dix, dont cinq moururent. Il observa chez tous ces malades des pustules sous la langue, à l'égard desquelles il fait la remarque suivante : elles se manifestent, dit il, aux côtés et à la pointe de la langue; elles sont rondes, rarement alongées, presque toujours saillantes. On a observé qu'elles se manifestaient sur le côté de la langue qui correspond à la morsure. Elles ont la forme et la grosseur d'une lentille, une couleur d'un blanc-brun qui n'a pas encore varié. Trois de ces pustules étaient crystallines; les autres étaient opaques et contenaient un liquide blanc, visqueux. Une seule apparut à la surface supérieure de la langue, chez un malade. On en observa deux aux bords de la morsure. Un seul malade n'en avait qu'une. Elles ne causaient aucune douleur; elles n'étaient pas même sensibles. On les aperçut chez le premier mordu, le 6.$^{e}$ jour; chez les autres, du 11.$^{e}$ au 20.$^{e}$ jour. Le 22.$^{e}$ jour on n'en vit plus, et ainsi jusqu'au 34.$^{e}$, qu'il s'en manifesta une pour la dernière fois. Aussitôt qu'on les découvrait, elles furent cautérisées avec le fer rouge. Trois des malades chez lesquels on observait des pustules, n'avaient pas la rage. La langue fut visitée soir et matin. Tous les blessés avaient plusieurs morsures. Ceux chez lesquels la rage ne s'était pas déclarée, furent cautérisés quarante-sept heures après la morsure.

*Recueil de Mémoires du professeur* TOMMASINI. *Tome I.er* (1).
(Extrait.)

1.° *Aperçu des résultats obtenus dans la clinique médicale de l'université pontificale de Bologne.* — Les agens thérapeutiques, employés à l'Institut de Bologne, sont en petit nombre; on n'y emploie qu'à la dernière extrémité les médicamens dont l'action est lente et profonde. Les remèdes violens ne sont pas d'ailleurs une invention de la nouvelle doctrine; la cigüe, le laurier-cerise, la gomme gutte, l'ellébore, l'euphorbe, le stramonium, l'élatérium, le colchique, étaient employés par les anciens. Les Browniens emploient l'opium, le phosphore même, à des doses énormes. Qui ne sait d'ailleurs que la disposition dans laquelle se trouve l'économie, change ou modifie l'action d'un médicament, et que presque tous les remèdes, intempestivement administrés, peuvent devenir mortels.

Des affections, dont le tableau sera offert tout-à-l'heure, les moins graves sont : 35 fièvres synoques et catarrhales, 45 fièvres intermittentes, et 11 affections de nature inflammatoire, soit douloureuses, soit convulsives, soit légèrement fébriles. Toutes ces maladies se sont terminées heureusement. Un tel succès doit être indubitablement attribué au mode de traitement; car, du temps où le Brownisme était dans toute sa force, les affections dont il s'agit étaient bien plus meurtrières.

De 209 inflammations aiguës, 21 seulement se sont terminées par la mort; 115 étaient des pneumonies, pour lesquelles on employait, conjointement avec les saignées, le kermès, le nitre, la scille, l'acétate de potasse, l'eau cohobée de laurier cerise; tous médicamens contre-stimulans qu'ont admis comme tels, par le fait au moins,

(1) *Opere minori*; Bologne, 1824.

beaucoup de praticiens distingués, parmi lesquels on a remarqué le professeur Brera. 14 pneumoniques seulement sont morts. Si la méthode contre-stimulante a eu un tel succès dans le traitement de cette maladie, il ne faut pas croire que cela tienne au peu d'intensité de l'inflammation; l'examen des observations recueillies pendant trois années successives prouve le contraire.

Cette heureuse réussite ne pourra, comme on le sent bien, être aussi fréquente dans le cas d'inflammation chronique, où le tissu de l'organe est déjà dégénéré. Mais, dans cette conjoncture même, c'est encore au traitement antiphlogistique qu'il faut avoir recours, parce que c'est le seul qui puisse arrêter les progrès de l'inflammation, et sauver l'organe d'une entière dégénérescence.

Quatre affections, réellement asthéniques, se sont présentées; elles ont toutes été guéries. Ces maladies, comme on le voit, sont bien moins fréquentes que du temps de Brown; c'est que l'Écossais les faisait.

Quelques autres affections ont été traitées à l'Institut clinique de Bologne; le tableau suivant les présentera jointes à celles dont nous venons de parler.

*Maladies traitées à la Clinique médicale de Bologne, pendant les trois années scholaires*, 1816-17-17-18-18-19.

| | Entrées. | Morts. | Morts sur 100. |
|---|---|---|---|
| 1. Inflammations aiguës y compris 15 rhumatismes et 8 exanthêmes | 209 | 21 | 10 $\frac{1}{209}$ |
| 2. Inflammations chroniques y compris 1 cas d'hydropisie, dépendant de cet état morbide | 38 | 5 | 13 $\frac{6}{33}$ |
| 3. Fièvres synoques et catarrhales | 35 | 0 | 0 |
| 4. Fièvres nerveuses, typhus | 57 | 4 | 7 $\frac{1}{57}$ |
| 5. Affections asthéniques aiguës et graves | 4 | 0 | 0 |
| 6. Fièvres intermittentes simples et compliquées de physconie | 45 | 0 | 0 |
| 7. Hémorrhagies | 17 | 1 | 5 $\frac{1}{1133}$ |
| 8. Convulsions, y compris un tétanos | 18 | 1 | 5 $\frac{1}{12}$ |
| 9. Affections asthmatiques | 4 | 0 | 0 |
| 10. Torpeurs, hémiplégies et apoplexies | 10 | 1 | 10 |
| 11. Affections d'irritation manifeste | 10 | 0 | 0 |
| 12. Rages | 2 | 2 | 100 |
| 13. Pellagres | 1 | 0 | 0 |
| 14. Lésions physiques | 5 | 0 | 0 |
| TOTAL | 453 | 35 | 7 $\frac{1}{12}$ |

Si à ce tableau on ajoute 15 individus atteints de maladies incurables qui sont venus mourir à l'hôpital, on aura 468 entrées et 50 morts, ce qui donne à-peu-près une mortalité de 10 sur 100.

2.° *Sur la fièvre pétéchiale et la nouvelle doctrine médicale, en réponse à une lettre du professeur de Matheis.* — Le professeur G. de Matheis avait écrit en mars 1818 au professeur Tommasini une lettre dont voici l'analyse. « Il régna à Rome en 1591 une épidémie de fièvre pétéchiale, dont Marsiglio Cognati a donné une description fort exacte, dans un ouvrage intitulé : *Romanæ epidemiæ descriptio, scilicet examen vulgaris ægritudinis quæ in urbe anno* 1591 *orta est.* Cette fièvre, outre les taches nombreuses qui se manifestèrent à la peau, était caractérisée par une violente congestion cérébrale, donnant lieu à des douleurs de tête, à des épistaxis, etc. » Le traitement que Cagnati assigne à cette maladie est absolument celui que conseille le docteur américain Rush dans son histoire de la fièvre jaune qui a régné à Philadelphie en 1793; le même encore que celui que prescrit Rasori, dans la description qu'il a donnée de l'épidémie de Gènes, en 1800. Ce sont les saignées dans le commencement de la maladie, les boissons délayantes, réfrigérantes, les laxatifs et les purgatifs; en un mot, tout l'appareil des moyens contrestimulans de la nouvelle école italienne.

La réponse de Tommasini à cette lettre est une longue dissertation sur la fièvre pétéchiale et la nouvelle doctrine. Des complimens d'abord; ceci est de rigueur, en Italie plus encore que partout ailleurs. Le professeur de l'université pontificale s'applaudit de ce que le langage de Settala, de Sydenham, de Pierre de Castro, de Dehaen, soit en harmonie parfaite avec les idées de la nouvelle école. Mais il fait remarquer au professeur de Matheis que ce n'est pas seulement à Rome qu'il existe encore des partisans du Brownisme, qu'on en trouve encore

beaucoup dans le reste de l'Italie, et même dans la partie occidentale de ce pays, où les médecins commencèrent à sapper l'idole de la faiblesse indirecte, qu'ils avaient les premiers encensée. Tommasini explique ce résultat par la force de l'habitude, et l'erreur où entraînent quelquefois des symptômes nerveux, qui empêchent d'avoir recours aux saignées: ce qui n'aurait pas lieu, si l'on distinguait la force physiologique du stimulus morbide qui la comprime, mais ne l'anéantit point; si l'on ouvrait avec soin les cadavres des individus morts de fièvre pétéchiale; si on lisait ce qu'ont écrit les anciens sur cette maladie.

Il est des médecins qui se font les adversaires des opinions nouvelles, uniquement par esprit de contradiction. Cette espèce de champions est utile; elle provoque la discussion, fait naître la lumière, et amène souvent des résultats utiles. Pour changer l'opinion de l'auteur, relativement à la nature inflammatoire de la fièvre pétéchiale, ces contradicteurs devraient remplir plusieurs conditions. Ils devraient d'abord démontrer qu'on ne peut appliquer à la fièvre pétéchiale, ce qu'Alexandre de Tralles, Louis, Stettala, Sydenham, Dehaen, se fondant sur l'observation, ont écrit sur les fièvres putrides ou malignes, la fièvre pétéchiale, la peste, toutes maladies qui ont entre elles la plus grande analogie; or, la lecture des auteurs que je viens de nommer, permet de croire à l'impossibilité de cette démonstration. Ils devraient, en second lieu, faire voir la nullité des observations que, depuis le milieu du siècle passé, Pierre Frank a faites et communiquées à ses disciples, pour prouver le caractère inflammatoire des fièvres pétéchiales, nerveuses et malignes. Or, c'est ce qui ne peut pas davantage être fait. L'auteur rappelle à ce propos que Gottel croyait, en quelque sorte, la fièvre lente nerveuse identique avec l'inflammation des membranes cérébrales; que Brendel, dans une dissertation ayant pour titre: *De cognitione paraphrenitidis*

*et febrium malignarum*, reconnaît d'une manière positive le caractère inflammatoire des fièvres dites gastriques malignes, et prescrit un traitement entièrement contro-stimulant, sans recommander aucun moyen destiné à combattre l'état *dit nerveux*, qui n'est le plus souvent, d'après Sydenham lui-même et Wienholt, que le résultat d'une congestion sanguine vers le cerveau. La troisième condition, imposée aux contradicteurs de l'opinion relative à la nature inflammatoire de la fièvre pétéchiale, serait de détruire les résultats de l'expérience de Sarcone, Quarin, Grant et Giannini; et de montrer les dangers du mode de traitement qu'ils avaient adopté; de Sarcone qui, dans la fièvre épidémique de Naples, en 1764, à tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, joignait, il est vrai, le quinquina; de Quarin, de Grant qui, dans la fièvre pétéchiale, voyaient se déclarer tantôt une complication inflammatoire qu'ils combattaient par la saignée, l'émétique, les boissons délayantes; tantôt une complication de malignité qu'ils attaquaient par les moyens contraires; de Giannini, qui a tant recommandé les aspersions d'eau fluide dans toutes les fièvres, et par conséquent dans celle dont il est question. La quatrième condition serait, pour en venir au temps actuel, de réfuter l'ouvrage de Rasori sur la fièvre pétéchiale de Genève; ce qu'on n'a point encore fait; de nier les faits qu'ont observés Rush, Makittrick, Maclean, Thomas, Hillary, Deveze, Moseley, Jakson, Currie, Palloni, relativement à la fièvre jaune ou à d'autres fièvres dites malignes; ce que sûrement on ne fera pas; ou bien de montrer que ces faits et les conséquences qu'on en tire, relativement à la nature inflammatoire de la fièvre pétéchiale, ne peuvent comporter cette application.

L'auteur impose à ses adversaires une cinquième condition; ce serait de lui expliquer comment, dans des contrées aussi éloignées que l'Amérique, l'Allemagne et l'I-

talie, se sont faites tant d'observations convergentes contre la pratique du Brownisme dans les fièvres dont il est ici question. Il les invite à réfléchir que, par suite des progrès de la philosophie médicale, on a reconnu l'importance des observations des anciens, et que retournant contre Brown ses propres armes, c'est-à-dire ses principes sur la vie et sur la diathèse, on a abandonné unanimement la route qu'il avait tracée, en substituant la diathèse inflammatoire à la faiblesse indirecte, et l'usage des remèdes débilitans à celui des excitans dans le traitement de la fièvre dont nous parlons. Ce résultat, c'est la force des faits observés par Rush, Rasori, les médecins allemands et italiens, qui l'a amené; c'est l'impulsion nouvelle communiquée à la pathologie qui y a conduit. Mais les auteurs que vient de citer Tommasini, pourraient être suspectés à raison de leur attachement à la nouvelle doctrine. Le professeur de Bologne a senti l'objection. Il rapporte d'autres faits relatifs soit au typhus, soit aux autres fièvres malignes, que lui ont communiqués des médecins qui ne sont point auteurs, le docteur Barthelemy Anselmi de Genève, MM. Pasquali et Benvenuti, de Parme; le docteur Bottari, de Mantoue, le docteur Ferrari de Reggiolo, le docteur Palazzini de Viadana, MM. Navaroli, Casapini, le docteur Malvasi de Gonzaga, le professeur Anguissola, le docteur Joseph Mischy de Plaisance, le docteur Maggi de Foligno, MM. les docteurs Taliananini d'Ascoli, Mezzetti de Macerata, Grandi de Faenza, Frioli de Rimino. Il cite encore, à l'appui de son opinion, les faits qui se trouvent dans des mémoires publiés sur la fièvre pétéchiale de 1817, par des auteurs qui n'ont pas pris une part très-active à la discussion qui nous occupe. Ces auteurs sont le professeur Palloni, qui a écrit un ouvrage ayant pour titre : *Istruzioni etc., intorno al tifo petechiale*; le professeur Bazzelotti dans sa lettre pathologique sur la fièvre pétéchiale de 1817; le

conseiller Aglietti de Venise, dans son essai sur la nature et le traitement du typhus qui a regné en 1817; le docteur Perla dans son mémoire sur la fièvre pétéchiale; le docteur Innocenzo Porrini dans son histoire de la maladie épidémique pétéchiale de 1817. Tous ces praticiens recommandent d'une manière plus ou moins énergique les moyens antiphlogistiques au commencement de la maladie, et même à une époque plus avancée de son cours. Tommasini fait remarquer, du reste, que toutes les fois qu'il peut lui-même n'avoir recours, dans sa méthode curative, qu'à des médicamens peu actifs, il le fait, et que tel était ce traitement, qu'il conseilla, en mars 1817, dans une instruction publiée par ordre du Gouvernement.

Des faits jusqu'ici exposés, des raisonnemens qui en découlent, l'auteur se croit en droit de conclure la nature inflammatoire de la maladie. Cette nature est constamment la même, contre l'opinion de ceux qui prétendent que la fièvre pétéchiale peut, à la vérité, être phlogistique, mais qu'elle ne l'est pas toujours, et que, lorsqu'elle a ce caractère, elle ne le conserve pas dans tout son cours; que le miasme, qu'on dit être la cause du mal, ne peut produire une diathèse, mais qu'il peut seulement revêtir la diathèse déjà existante d'une forme sthénique ou asthénique, et de là un traitement différent et même opposé. — Autant de propositions, autant d'erreurs. Il est prouvé par des faits innombrables, et notamment par ceux qu'ont observés le professeur Palloni, le docteur Mauro Ricotti, l'auteur lui-même, que chez les individus les plus débilités, la maladie offre encore des symptômes inflammatoires manifestes, que les excitans exaspèrent, que les antiphlogistiques guérissent; que l'ouverture des cadavres chez ces mêmes individus offre, comme chez les individus les plus forts, des traces manifestes d'inflammation dans les trois cavités. Et d'ailleurs, s'il était vrai que le principe miasmatique n'influât point sur la diathèse et la

laissât subsister *in statu quo*, mieux vaudrait ne pas admettre ce principe, et croire que la maladie se serait développée sans lui. Mais si l'on veut que ce principe agisse sur la diathèse, comment concevoir qu'il stimule les individus vigoureux, et débilite les individus affaiblis? Comment concevoir deux effets si opposés, produits par une même cause? De telles propositions ne sont pas plus soutenables que celles de Horn sur la dysenterie.

Les adversaires de l'opinion que soutient l'auteur insistent sur cette objection, que dans les fièvres pétéchiales et dans les autres fièvres miasmatiques, si la méthode antiphlogistique compte des succès, la méthode opposée en obtient également. La force de cette objection disparaît, si l'on a égard aux considérations suivantes, 1.° Il n'est pas possible d'établir pour l'une ou l'autre méthode de traiter, un tableau comparatif exact de morts et de guérisons, parce que les circonstances, dans lesquelles ces méthodes sont employées ne sont jamais les mêmes, et que les médecins, qui semblent rejeter la méthode antiphlogistique, y ont pourtant de temps en temps recours, surtout au commencement de la maladie, et ne traitent pas d'après les principes d'un sévère Brownisme. 2.° Pourquoi a-t-on abandonné peu-à-peu, dans la maladie dont il s'agit, les principes rigoureux de traitement prescrits par le réformateur écosssais, si ce n'est parce que l'expérience en a fait voir les dangers? 3.° Les médicamens stimulans, lorsqu'on les emploie, ne sont administrés le plus souvent que vers la fin de la maladie, et lorsque déjà les antiphlogistiques ont été mis en usage. 4.° Il serait absurde de prétendre qu'un mode de traitement doit être employé par cela seul qu'il ne tue point. 5.° Quand les malades peuvent supporter l'action des médicamens stimulans, la transpiration qu'elle leur occasionne, leur est quelquefois utile. Cela a lieu également dans la manière dont les paysans traitent leurs points de côté.

Trois objections restent encore à examiner. La première est relative à la transmutation de la diathèse après la première période de la maladie; elle tombe, quand on veut bien se rappeler les faits qui prouvent qu'aux époques les plus avancées de la maladie, et lorsque l'asthénie paraissait extrême, le traitement antiphlogistique a réussi, et a sauvé des malades qui semblaient voués à une mort certaine ; ce qui n'empêche pas qu'on ne puisse admettre que, quand l'inflammation locale est très-circonscrite, les évacuations sanguines, nécessaires pour la vaincre, ne soient capables d'affaiblir toute l'économie.

La seconde objection, relative à la malignité de l'inflammation, a été réfutée, il y a long-temps, par Baglivi (*Praxis medica*, *liber I.* § 9); la malignité de la phlogose n'étant autre chose que son excès.

La troisième objection se tire du mode spécifique d'action de la cause inflammatoire, comme dans la variole. Sans doute que la cause ici est d'une nature particulière ; mais une fois que cette cause a agi, la maladie inflammatoire qui en résulte, réclame un traitement semblable à celui de toutes les autres inflammations.

Le professeur de Matheis avait, dans sa lettre à Tommasini, parlé de la médecine américaine, et émis quelques doutes sur le futur destin de certaines parties de la nouvelle doctrine. Ce sont ces deux objets qui attirent l'attention du professeur de Bologne à la fin de son épître médicale. Le docteur Rush, de Philadelphie, commença en 1793 à s'éloigner des principes du Brownisme dans le traitement des fièvres épidémiques pétéchiales et malignes ; mais l'ouvrage de ce médecin n'a été connu en Italie qu'en 1804 et 1805, et l'ouvrage de Rasori sur l'épidémie de Gênève a paru en 1800. Il existe d'ailleurs entre les principes médicaux des médecins américains et ceux de la nouvelle doctrine une différence tellement grande, que celle-ci peut bien véritablement se dire nationale.

Quant à certaines parties vraiment neuves de la médecine italienne, si leurs principes sont nouveaux, les faits, dont ils ne sont que l'application, ne le sont point; ils appartiennent aux anciens. N'employait-on pas les amandes amères du temps de Dioscoride ? Il y a un siècle que le docteur Madden empoisonnait à Londres des chiens, avec l'eau de laurier cerise; semblable chose pourrait se dire de la digitale, de la jusquiame, etc. Oui, les faits sur lesquels repose la théorie des contro-stimulans, sont vrais, et la théorie tellement importante, que la France réclame sa découverte. Pour reconnaître que ses prétentions ne sont point fondées, on observera que les recherches de Tommasini sur la fièvre jaune ont paru en 1805, tandis que l'Histoire des phlegmasies chroniques de M. Broussais n'a vu le jour qu'en 1808.

L'auteur termine sa lettre en annonçant qu'il publiera bientôt différens travaux, sur l'inflammation, la fièvre, la douleur, la diathèse. Il fait remarquer que bien des praticiens se conformaient dans leur pratique aux règles de la nouvelle médecine italienne, sans les connaître, et qu'ils devront s'y conformer bien davantage encore, à présent qu'ils connaîtront les observations d'un grand nombre de guérisons de maladies graves, obtenues par la méthode contré-stimulante, dans l'hôpital de clinique dont il est le chef.

---

## VARIÉTÉS.

### *Académie royale de Médecine.*

*Section de médecine. — Séance du* 11 *mai* 1824. — M. Velpeau lit un mémoire sur les membranes de l'œuf humain; ce mémoire sera imprimé dans le numéro prochain de ce Journal. Il annonce, en outre, un travail plus étendu sur l'embryologie, qui n'est pas encore terminé, mais dont voici les idées fondamentales, également lues dans la même séance.

» Les faits et les détails que renfermeront les mémoires qui me restent à

lire, tendent à prouver, 1.° Pour l'intestin, qu'il ne se développe point par portions isolées, destinées à s'unir par suite de leur croissance pour former un canal continu, comme le veut Rolando, etc.; enfin, que sa formation n'est point une épigénèse, mais bien un véritable déroutement; qu'il ne forme point d'abord un demi-canal, dont les bords se relèvent en avant pour s'unir au vitellus, qui compléterait le cylindre creux que Wolf, F. Meckel, etc., disent être placé au-devant de la colonne rachidienne. Qu'il ne se recourbe point de derrière en devant, en formant un angle plus ou moins aigu suivant l'époque, pour se porter dans le cordon par l'ouverture ombilicale, comme le veulent ces auteurs. Qu'au contraire, il est primitivement renfermé dans l'un des renflemens du cordon, où il est enveloppé d'un fluide séreux, limpide, dans lequel on voit aussi une petite quantité de matière jaunâtre réunie en masse, ou divisée en petits grains ayant l'apparence d'un jaune d'œuf cuit. Que ses circonvolutions ne se forment point dans le ventre, mais qu'elles existent probablement, dès le principe du développement, dans le renflement dont j'ai parlé; du moins, les y ai-je rencontrées sur un embryon qui n'avait pas plus de six lignes de longueur, qui ne pouvait peser qu'environ un gros, et dont on a d'ailleurs pris un dessin très-exact. Que ces circonvolutions ne rentrent dans l'abdomen que dans le courant du second mois, puisque chez les embryons plus jeunes, je les ai toujours vues au dehors. Que l'appendice cœcale ne se forme point par la séparation de la vésicule ombilicale d'avec le canal intestinal, lorsqu'il rentre dans la cavité du ventre; soit qu'on adopte l'explication de Oken, ou qu'on se serve de celle donnée par M. Meckel, puisque cet appendice est aussi complet dans les embryons les plus jeunes que j'ai examinés, qu'au moment où il abandonne le cordon pour se porter dans le lieu que la nature lui destine. Qu'en outre, loin de regarder vers le placenta où il devrait tenir à l'aide du canal de la vésicule ou de filamens vasculaires, il est, au contraire, retourné vers l'anneau ombilical et appuyé sur les anses de l'intestin.

2.° Pour le cordon ombilical, que je n'ai aucun fait sur sa forme dans la première quinzaine de la grossesse; mais que depuis cette époque jusqu'au deuxième mois, je l'ai trouvé formé d'une série de renflemens, en général au nombre de quatre, séparés par autant de collets ou rétrécissemens. L'une de ces vésicules, plus alongée que les autres, adhère au placenta en dehors de la racine des vaisseaux où se trouve le premier rétrécissement; les autres sont disposées de manière à se partager le cordon, et à ce que le dernier collet forme l'anneau ombilical. Que ces renflemens disparaissent tous, mais successivement, dans la période que j'ai indiquée et dans un ordre qui n'est peut-être pas constant, mais qui m'a semblé être celui-ci: 1.° celui du placenta; 2.° le plus rapproché du ventre; 3.° celui qui est alors le plus rapproché du gâteau placentaire; 4.° enfin, celui qui reste le plus long-temps renferme les intestins. Que ce n'est que lorsque ces corps ont disparu, que le cordon offre véritablement l'as-

pect d'une corde. Qu'avant cette époque, les vaisseaux ne sont point roulés en spirale; ce qui fait que cette disposition peut être le résultat d'une simple torsion mécanique; elle était tellement évidente dans deux cas, qu'en tordant le cordon en sens inverse, toutes ces spirales ont complètement disparu, et ont laissé une tige cylindrique, lisse et très-régulière. Enfin, que dans ces renflemens, sont renfermées des parties fluides et solides, dont la description sera mieux placée dans l'article de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde, etc.

3.° Pour ces derniers organes, qu'il est impossible d'accorder ce que j'ai vu avec ce qu'en disent les auteurs. En effet, il résulte de l'examen de nos dessins, et de quelques autres pièces que je me suis procurées depuis, que la vessie n'est que la racine d'une tige qui traverse l'anneau de l'ombilic, les collets et les renflemens du cordon, excepté le dernier, où elle va se rendre, c'est-à-dire au placenta. Que cette tige est l'ouraque, et le renflement l'allantoïde. Je dois dire néanmoins que, quoique j'aie suivi par la dissection jusques dans cette vésicule, je n'ai rien fait cependant pour m'assurer que c'était un canal, vu que sa ténuité ne m'a pas permis de tenter les injections. Que la petite poche placentaire, dont je parle et qu'on verra sur les dessins, renferme un fluide séreux et un petit corps jaune, du volume d'une tête d'épingle. Qu'enfin, ce sac, et le moyen de communication avec la vessie, sont hors de la cavité qui sépare l'amnios du chorion, contre l'opinion de tout le monde. Que des trois autres renflemens, je ne puis dire encore lequel est ou doit être la vésicule ombilicale, puisque tous communiquent ensemble; mais toujours est-il, que c'est l'un d'eux que l'on a pris et décrit pour tel; excepté les auteurs qui l'ont confondue avec la vésicule où va se rendre l'ouraque. Qu'en les ouvrant avec précaution, ces bosselures présentent, de dehors en dedans, 1.° l'amnios; 2.° le chorion; 3.° une toile libre d'une finesse extrême, analogue à l'hyaloïde, enveloppant immédiatement; 4.° une liqueur limpide et transparente; 5.° deux petits filamens, que j'ai pu suivre jusqu'au delà du troisième renflement en allant au placenta, et qui portaient des vaisseaux mésentériques du fœtus; 6.° enfin, les circonvolutions intestinales dans l'un des deux plus près de l'abdomen, accompagnés du prolongement vermiculaire d'une grande partie du mésentère, et de plus dans un temps, quelquefois peut-être toujours, d'une matière jaune semblable à celle que j'ai notée plus haut. Que toutes ces parties sont également hors du chorion, et que, par conséquent, ni la vésicule ombilicale, ni l'allantoïde, ni les intestins, ni les vaisseaux omphalo-mésentériques, ne sont et ne peuvent être, à aucune époque, situés entre le chorion et l'amnios.

*Assemblée générale du 3 août* (1). — M. Villermé a lu un mémoire

---

(1) Les personnes qui font des communications à l'Académie, sont priées d'envoyer au Journal une note pour les faire connaître du public.

sur la *mortalité comparative dans la classe indigente et dans la classe aisée.* Il établit que le rapport des décès à la population est d'autant plus grand, que la population est plus pauvre, ou, en d'autres termes, que sur un nombre donné de personnes d'âge semblable, il y a beaucoup plus de chances de longévité pour celles qui sont dans l'aisance. C'est sur des populations de 2,000, de 4,000, de 10,000, de 50,000, de 200,000, de 400,000 habitans, dont l'aisance ou la pauvreté générale est bien connue, et sur le nombre de leurs décès annuels, que M. Villermé appuie cette assertion. Il fait voir, en opposant entre eux les résultats offerts par plusieurs millions d'habitans distribués dans diverses parties de la France, que dans les départemens riches du royaume, la vie commune est, terme moyen, plus longue de douze ans et demi que dans les départemens pauvres; et que dans Paris, il y a tels quartiers, telles rues où, selon que leurs habitans sont généralement riches ou bien généralement dans la misère, la vie moyenne est de plus de 42 ans, ou au-dessous de 24.

M. Villermé a joint à son travail les résultats qu'on observe dans plusieurs prisons. Il prouve que, dans ces établissemens, la mortalité est toujours en raison inverse du soin avec lequel on les tient, et de la fortune des détenus. Il cite même un dépôt de mendicité, celui de Saint-Denis, où, si les nombres qu'il donne sont exacts, il y a par chaque année 1 décès sur 3 $\frac{45}{100}$ individus; et, chose remarquable, les vieillards et les infirmes qu'on retire de ce dépôt pour les transférer à Villers-Coterets, ne succombent plus que dans la proportion de 1 sur 6.

Au reste, le travail de M. Villermé, fondé sur des rapports de nombres dont tous les élémens sont indiqués, a été singulièrement favorisé par Son Excellence le Ministre de l'Intérieur. Une simple lecture ne nous a point permis d'en saisir, à beaucoup près, tous les détails. Mais les lecteurs des *Archives* reconnaîtront, dans les faits que nous venons de rapporter, le développement d'autres faits également trouvés par M. Villermé, et dont nous avons parlé dans le tome 4, page 315. De tous les résultats que ce médecin annonce dans le mémoire dont il s'agit ici, ceux qui nous paraissent les plus importans et qui prouvent, sans réplique, la prospérité toujours croissante de la France, sont les suivans, que dans les réflexions l'auteur attribue, partie à l'esprit, à la tendance du siècle, et partie à l'action du Gouvernement :

« En 1780, la mortalité était, pour tout le royaume considéré en masse, de 1 sur 29 $\frac{3}{5}$ ; en 1802, elle était de 1 sur environ 30 ; et actuellement elle n'est que de 1 sur plus de 39. »

Les faits historiques témoignent unanimement que par-tout où les hommes sont heureux et vivent dans l'aisance, ils multiplient; M. Vil-

---

C'est sur-tout lorsqu'il s'agit de faits nouveaux, pour lesquels on veut prendre date, qu'il est important d'en donner connaissance par la voie du Journal.

lermé vient de démontrer que par-tout, dans les mêmes conditions, ils vivent aussi plus long-temps. Cette grande vérité morale était bien admise plutôt par sentiment, que d'après des preuves; mais on n'avait aucune idée de l'énorme différence qui existe dans la durée moyenne de la vie, chez les individus des classes les plus opposées de la société.

*Section de Médecine.* — *Séance du 24 août.* — M. Husson présente une quantité considérable de débris d'hydatides rendues par expectoration. Le sujet de cette observation avait offert antérieurement tous les symptômes d'une affection organique du foie, caractérisée par la douleur et la tuméfaction de l'hypochondre droit. Dans le courant de l'hiver dernier, il fut atteint d'un catarrhe dont il guérit parfaitement, et depuis cette époque il jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'il expectora sans effort et sans éprouver de toux ni aucune irritation dans la poitrine, un grand nombre de lambeaux membraneux que M. Husson reconnut être des portions d'hydatides. Cette expuition dura pendant deux ou trois jours. Il est hors de doute que la tuméfaction du foie, qui est presque disparue depuis ce moment, était formée par un kyste rempli d'hydatides, qui s'est fait jour dans le poumon droit à la faveur d'anciennes adhérences de la base du poumon avec le diaphragme. Le sujet de cette observation n'a jamais joui d'une meilleure santé que depuis qu'il a ainsi craché ces débris d'acéphalocystes.

M. Laurent, médecin à Versailles, présente une jeune fille épileptique, dont les accès sont accompagnés d'un symptôme singulier, qui consiste dans une progression involontaire à reculons. Aussitôt que l'accès se manifeste, la petite malade marche irrésistiblement en arrière pendant quelques instans, en étendant ses bras en avant, et ne s'arrête que lorsque la rencontre d'un obstacle la fait tomber à terre. Le cervelet est-il ici le principal siége du mal, comme les expériences de M. Magendie peuvent le faire présumer?

*Séance du* 31 *août.* — M. Andral fils lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Hugon, ayant pour objet une nouvelle théorie des fièvres primitives ou essentielles. M. Andral rappelle qu'à une époque encore peu éloignée de nous, la plupart des inflammations internes étaient désignées sous le terme générique de *fièvres*. Passant en revue les différens travaux d'anatomie pathologique entrepris depuis Morgagni jusqu'à nos jours, il montre comment, dans les cadres nosologiques, la liste des phlegmasies locales s'est accrue peu-à peu, à mesure que le nombre des affections fébriles générales s'est trouvé notablement diminué. Abordant ensuite la question de l'état des intestins dans les fièvres dites essentielles, il établit que chez presque tous les individus qui succombent à des fièvres graves, on trouve dans le canal intestinal des traces non équivoques d'inflammation; mais, ajoute-t-il, il y a souvent alors si peu de proportion entre l'intensité des lésions et la gravité des symptômes, qu'il est permis de douter que l'inflammation gastro-intestinale constitue dans tous les cas toute la maladie. Il cite plusieurs épidémies qui ont

présenté des symptômes si différens, que de simples nuances d'un même état inflammatoire ne sauraient en rendre compte. M. Andral analyse l'histoire de quelques-unes de ces épidémies; il les suit tour-à-tour dans leurs causes, dans leurs symptômes, dans leur traitement très-variable. Il établit une comparaison entre les effets délétères produits par les miasmes, et ceux que détermine chez les animaux l'injection de substances putrides dans les veines.

*Séance générale du 8 septembre.* — M. Virey lit des recherches historiques sur la plique, qui tendent à faire admettre que ce feutrage des cheveux n'est que le résultat de la malpropreté. Nous les insérerons dans le prochain Numéro.

M. Grimaud rapporte une observation d'empoisonnement par la noix vomique. Le sujet, qui succomba assez rapidement dans un tétanos général, présenta, à l'autopsie, une inflammation très-marquée du mésocéphale.

M. Bard présente le larynx d'une jeune fille de quatorze ans, qui mourut en peu d'instans, dans un accès de suffocation. Il existe un œdème des bords de l'épiglotte et de l'ouverture de la glotte, dont le développement rapide a produit l'asphyxie. La malade n'avait éprouvé antérieurement que les symptômes d'un léger catarrhe. Le même sujet offrait un diverticule de l'intestin grêle : ce prolongement insolite est long de trois pouces environ, et situé vers la réunion des deux tiers supérieurs de l'intestin grêle avec le tiers inférieur.

---

— Nous avons extrait des *Annales* les éloges donnés par M. Broussais au *Catéchisme de la médecine physiologique*; ouvrage généralement attribué à ce médecin. Le *Catéchisme* a éprouvé de vives attaques, même de la part des partisans de la nouvelle doctrine. C'est à ce sujet que M. Casimir Broussais a tracé ces lignes : « On sait ce que certains écrivains ont dit du *Catéchisme de la médecine physiologique*, un des meilleurs ouvrages qui aient paru depuis la naissance de la doctrine physiologique; ouvrage dans lequel l'unité de cette doctrine est présentée dans toute sa vérité, et avec toute la force d'un talent mûri sans doute par un long et heureux exercice. » (*Annales* de juillet). Voici maintenant le jugement porté sur le mérite de ce même ouvrage, par un partisan de la nouvelle doctrine, M. Gaultier de Claubry, dont les opinions indépendantes sont bien connues : « En me résumant, je dirai que le but du *Catéchisme* est immoral et indigne, par conséquent, d'un médecin; que la fable en est mal ourdie, le dialogue trivial, les personnages sans modèle dans la nature; en un mot; que le *Catéchisme* nuira plus qu'il ne sera utile, non à la doctrine physiologique, qui, chaque jour, fait de nouveaux progrès, mais au fondateur, à M. Broussais, si ce dernier ne se hâte de s'élever, avec toute la vivacité qu'inspire une juste indignation, contre l'élève maladroitement zélé qui a entrepris de lui procurer des malades, et de soumettre au jugement des *gens du monde*, l'excellence de la doctrine que ce célèbre médecin professe avec tant d'éclat. » (*Journal général*, cahier d'août). Si l'on ne pardonnait à un père un excès de tendresse

pour ses enfans, l'on se demanderait comment un critique aussi éclairé que M. Broussais, a pu vanter outre mesure une production placée si bas dans l'opinion publique, par les défenseurs les plus sincères de la nouvelle doctrine. Au reste, ces jugemens contradictoires ne feront qu'exciter la curiosité des lecteurs, le livre se débitera, et son auteur sera du moins dédommagé par les bénéfices qu'il en retirera.

— M. Broussais se plaint beaucoup de l'ingratitude de quelques-uns de ses anciens élèves. Quand on voit comment ce médecin se conduit envers les disciples de son école, si l'on est étonné d'une chose, c'est qu'il puisse lui rester quelques élèves dévoués. M. Broussais a tout vu, tout dit, tout écrit; l'on ne peut plus rien voir, rien dire, rien écrire qui n'ait été prédit ou publié par lui; si l'on n'est servile l'on est un pillard; M. Broussais est sans cesse à se plaindre, à récriminer, à crier au plagiat. C'est ainsi qu'en rendant compte de l'ouvrage de M. Tanchou, sur *l'application du froid dans les maladies*, il ne se gêne pas pour dire que « ce qu'il y a de bon dans son ouvrage, n'est autre chose que la répétition de ce qu'il a lu dans les ouvrages composés dans l'esprit de la nouvelle doctrine, qui ont précédé le sien, ou de ce qu'il a entendu dans les cours ou les discussions orales. » Un jeune médecin a produit des tubercules artificiellement dans le poumon, en irritant la muqueuse bronchique par des injections répétées pendant plusieurs mois sur des chiens; ces faits sont communiqués à M. Broussais, et voici comment il en parle: « l'Académie désire des expériences; eh bien, *on* lui en communiquera. *On* en possède maintenant qui ne laissent rien à désirer sur cette question. *Nous* n'avons pas attendu le vœu de cette illustre société, *pour engager les médecins* à s'assurer du mode de production des tubercules, et *nous ne cessons de leur communiquer*, *depuis près de dix ans*, *nos idées sur la nature des expériences à tenter. Nous osons prédire maintenant que, quelles que soient les expériences que l'on fera sur les animaux, elles ne seront jamais autre chose que les faits que nous avons signalés relativement à la génération des tubercules chez l'homme*, etc., etc. » La *prédiction* était d'autant plus facile, que M. Broussais connaissait les résultats de ces expériences. Nous ne citons de préférence ces deux passages, que parce que nous les trouvons dans le dernier Numéro des *Annales*; nous pourrions en citer mille où l'on ne montre pas moins de prétentions ridicules. Dans tous les cas, M. Broussais est au moins très-maladroit; aveuglé par un amour-propre excessif, il ignore sans doute que le talent doit, en quelque sorte, se faire pardonner, et que pour être loué du public, il faut se garder de se louer soi-même. Moins vous exigerez, et plus on vous accordera. Laissez à l'amour-propre des autres le soin de vous faire restituer ce que l'on vous a pris. M. Broussais s'est plaint des coteries; serait-ce parce qu'il éloigne de lui tous ses partisans, et ne peut en former une? à moins qu'on ne prenne pour une coterie la réunion médicale de la famille Broussais. Nous regrettons bien sincèrement de voir un homme d'un talent aussi éminent, et dont les travaux ont si puissamment influé sur les progrès récens de la médecine,

traiter avec si peu d'égards ceux là même qui savent rendre justice à son mérite; et qui ne méconnaissent ni ses belles recherches, ni l'impulsion salutaire qu'il a donnée à la science.

— *Médecins et chirurgiens de la cour.* M. Portal, premier médecin; M. Alibert, premier médecin ordinaire; MM. Pierre Auvity et Gueneau de Mussy, médecins ordinaires; MM. Orfila, Pelletan, Lavit, Antoine Auvity, Magnan, Salmade, Delmas, Royer-Collard, médecins ordinaires par quartier; MM. Montaigu, Beauchêne père, Regnault, Lafisse, Bourdois, Petit, Landré-Beauvais, Sue, Blancheton, Lavit père, médecins-consultans; M. Distel, premier chirurgien-honoraire; M. Dupuytren, premier chirurgien; MM. Bougon, Thévenot, chirurgiens ordinaires; MM. Marjolin, Ribes, Vesque, Moreau, Nolin, Daillez, Nicod, Beauchêne fils, chirurgiens ordinaires par quartier; MM. Boyer, Richerand, chirurgiens-consultans; M. Demours, chirurgien-oculiste; M. Thierry-Valdajou, *chirurgien-renoueur;* MM. Dubois, Delabarre, dentistes; M. Delacroix, bandagiste.

—D'après la nouvelle organisation des Universités dans les États du Pape, les places de professeurs des Facultés sont données au concours. (*Diario di Roma*, du 27 août.) Espérons qu'un si bel exemple sera généralement suivi en France.

— Dans son éloge de Corvisart, M. Pariset a rapporté d'une manière inexacte une anecdote relative à la demande faite par cet homme célèbre, de la place de médecin de l'hôpital Necker. La fondatrice de cet établissement n'imposa point à Corvisart l'obligation de *porter perruque*, s'il voulait être nommé, comme l'a dit M. Pariset; elle lui fit seulement observer qu'il *ne portait point encore perruque*, pour lui faire entendre qu'il était trop jeune.

Dans cet éloge, *couvert d'applaudissemens*, comme l'a dit un journal, l'orateur a trop souvent oublié les règles et les exemples donnés par l'auteur de l'*Essai sur les éloges*, dont nous citerons le passage suivant: « Les applaudissemens même dont ils étaient si jaloux (les sophistes grecs), et après lesquels ils couraient, devaient corrompre leur éloquence. Tout homme qui veut être applaudi, dénature sa pensée, ou il en cache une partie pour faire davantage briller l'autre; ou il saisit un rapport qui étonne et qui est plus singulier que vrai; ou il détache ce qui devrait être fondu dans l'ensemble, et l'émet en saillie; ou pour avoir l'air de s'élever et de voir de plus haut, il généralise un sentiment qui ne conserve sa force qu'autant qu'il est lié à une situation; ou il ajoute au sentiment même, et, pour étonner, exagère; ou par une expression recherchée, il veut donner une tournure fine à ce qui devrait être simple; ou il tâche d'unir la finesse à la force pour surprendre par l'assemblage de deux qualités contraires; ou, enfin, pour arrêter et fixer l'attention, il multiplie les détails et néglige la grandeur et la marche de l'ensemble. Il suit delà que toute éloquence qui ne se propose que de faire battre des mains, doit être, à la longue, froide, fausse et médiocre. »

# BIBLIOGRAPHIE.

*Essai sur la paralysie, considérée sous le rapport de la séméiologie; par M.* Cazes, *D.-M.-P.*

Cette dissertation, écrite par un élève de M. Rostan, nous a paru faite dans un bon esprit. Nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs les passages suivans :

« La paralysie consistant dans la perte ou la diminution des mouvemens et du sentiment, il est clair que c'est dans les organes qui sont destinés à remplir ces fonctions qu'il faut chercher la cause de la paralysie. Le cerveau, le cervelet, le prolongement rachidien, les nerfs eux-mêmes peuvent être le siége de l'altération qui les détermine. Bien plus, les vaisseaux sanguins, en cessant de porter un fluide excitant vers les muscles ou vers l'encéphale, peuvent occasionner le phénomène qui nous occupe. Les fortes douleurs musculaires, les contractions violentes, les tiraillemens considérables exercés sur les membres, peuvent déterminer l'immobilité de ces membres, l'impossibilité de les contracter, enfin une sorte de paralysie. L'expérience et le raisonnement sont parvenus, dans ces derniers temps, à faire connaître *à priori* non-seulement le siége de ces altérations, mais encore leur nature.

La paralysie peut occuper tout le corps ou être générale, n'en occuper que la moitié, ou qu'une partie; dans ces cas divers, elle n'indique pas la même altération.

1.° *De la paralysie générale.* — Lorsque la paralysie est générale, elle est le signe d'une lésion générale de l'encéphale, ou d'une lésion centrale, ou bien encore d'une lésion locale, mais tellement étendue qu'elle influence le côté sain ou la partie centrale. Ainsi la paralysie générale pourra indiquer un coup de sang, une congestion plus ou moins brusque portée à un haut degré, une méningite. Nous ne voulons pas parler de la résolution des membres qui survient dans la syncope, dans l'asphyxie, etc. Un épanchement de sang considérable dans un lobe du cerveau, avec irruption dans les ventricules et compression du côté sain du cerveau; un ramollissement très-étendu qui aurait boursoufflé un hémisphère au point de comprimer celui du côté opposé; enfin un tubercule, un cancer, un kyste, développé dans la protubérance, etc. Ainsi, si l'on est appelé auprès d'un malade frappé d'une paralysie générale, on devra soupçonner ces diverses altérations. on pourra parvenir à les distinguer les unes des autres par des traits caractéristiques.

*a.* Lorsque la paralysie généralo arrive dans un coup de sang, elle est

alors brusque, rapide, et tout-à-coup portée au plus haut degré d'intensité; elle diminue ordinairement avec promptitude, et se termine promptement par résolution, lorsqu'on la traite convenablement; elle n'a guère plus de deux heures ou un jour ou deux de durée : elle peut aussi se terminer dans le même temps par la mort. On voit par là que cette maladie est caractérisée par la promptitude de sa marche et l'instantanéité de son invasion.

*b.* Si la paralysie générale est due à une méningite, elle aura été précédée par des phénomènes fébriles, par la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la soif, la céphalalgie et souvent le délire; elle ne surviendra que dans une période avancée de la maladie, annoncera un épanchement séreux ou purulent dans les méninges ou dans la cavité des ventricules.

*c.* La résolution des membres qui arrive dans la syncope et dans l'asphyxie est facile à reconnaître, parce que la cause de ces maladies est en général facile à saisir, et spéciale, et leurs autres signes assez caractéristiques.

*d.* La paralysie générale qui est occasionnée par un épanchement de sang considérable, ayant son origine dans un hémisphère, faisant irruption dans les ventricules, et comprimant l'hémisphère opposé, peut être reconnue à ce que cette paralysie est plus forte d'un côté que de l'autre, et à ce qu'elle a ordinairement commencé par frapper un côté du corps.

*e.* Un ramollissement considérable qui aurait boursoufflé tellement un côté du cerveau qu'il comprimerait le côté sain, pourrait se reconnaître à la marche ordinaire et graduelle de cette maladie.

*f.* Il sera beaucoup plus difficile de distinguer un épanchement survenu dans la protubérance annulaire, et un ramollissement de la même partie; mais on pourra soupçonner ces altérations lorsque les phénomènes seront généraux, et qu'ils pourront cependant, par leur marche, être rattachés à ceux de ces affections.

*g.* Enfin, si c'est un kyste, un tubercule, un cancer développé dans le mésocéphale, la marche chronique de la maladie exclura l'idée d'un ramollissement ou d'une apoplexie; et les signes, à la vérité assez obscurs, de ces maladies, pourront les faire *soupçonner;* par exemple, les douleurs lancinantes, la coloration d'un jaune paille de la peau, pourront déceler le cancer central du cerveau, etc.

2.° *De la paralysie locale.* — Cette paralysie fournit des signes bien plus certains que les précédens. Lorsqu'elle est bien prononcée, on peut être certain qu'il existe une lésion locale et circonscrite dans le cerveau, à l'exception des cas dont nous allons faire mention. Cette altération réside, ainsi que le savaient déjà les anciens, dans l'hémisphère du cerveau opposé au côté paralysé : l'anatomie rend parfaitement compte de ce phénomène par l'entrecroisement des nerfs. Cette disposition anatomique a été surtout bien étudiée depuis les travaux de Gall sur le cerveau. Lors donc que la paralysie occupe la moitié gauche du corps, l'altération qui l'occasionne a son siége dans l'hémisphère droit, et réciproquement.

On en était resté là, lorsque pensant, ainsi que nous l'avons dit, que le bras et la jambe ne devaient pas être sous la direction d'une seule et même portion de l'encéphale, MM. Foville et Pinel-Grandchamp, élèves internes de la Salpétrière, entreprirent de déterminer, par des observations exactes, quelle était la partie du cerveau qui tenait sous sa dépendance le membre thoracique, et quelle était celle qui communiquait le mouvement au membre pelvien. Ayant eu occasion d'observer un nombre assez considérable d'individus affectés, 1.° d'hémiplégie, 2.° de paralysie du bras, 3.° de paralysie de la jambe, ils trouvèrent: 1.° que dans le premier cas, la lésion de l'encéphale occupait le corps strié et la couche optique en même temps; 2.° que dans le second cas, la couche optique seule et ses irradiations étaient le siége de la lésion; 3.° enfin, que, dans le troisième cas, cette lésion occupait le corps strié et ses irradiations.

Dans un ouvrage fort estimable d'ailleurs, on a prétendu que lorsque la lésion existait dans le cerveau, la paralysie ne commençait jamais par le membre pelvien : c'est une erreur palpable que l'observation a combattue d'une manière victorieuse.

La paraplégie, c'est-à-dire la paralysie des deux membres pelviens, les membres thoraciques restant parfaitement libres, ne peut dépendre que de l'altération des organes des mouvemens situés au-dessous des vertèbres cervicales: c'est aussi presque constamment dans la moelle épinière qu'il faut chercher la cause de cette affection. Dans la paralysie croisée, il existe deux altérations dans le cerveau : l'une occupe un hémisphère et l'autre l'hémisphère opposé; avec cette différence que la région de l'hémisphère malade varie selon que la paralysie frappe le membre supérieur ou qu'elle atteint le membre inférieur.

La paralysie des sens doit nécessairement avoir son siége, ou dans la portion du cerveau qui tient les sens sous sa dépendance, ou dans le nerf lui-même. Chaque sens devant avoir un centre particulier, d'après la loi posée plus haut, que deux choses différentes ne peuvent pas exister en même temps dans le même endroit, il s'ensuit que chaque paralysie des sens doit occuper un lieu différent; mais il est si rare qu'un sens tout seul soit frappé de paralysie, que jusqu'ici on ne sait pas encore quelle est la portion de l'encéphale qui préside à chacun d'eux.

Lorsqu'un sens d'un côté est seul paralysé, la lésion est simple; s'ils le sont tous les deux, la lésion est double ou centrale; si un sens d'un côté et un autre sens du côté opposé sont malades, l'altération doit être double.

Quand la langue est paralysée (et il arrive fréquemment qu'elle l'est seule), l'altération qui donne lieu à la paralysie doit aussi avoir son siége particulier : ce siége est encore inconnu. Cependant des observations récentes, assez nombreuses, faites à la Salpêtrière sur des bègues et sur des paralytiques dont la langue avait principalement été lésée, semblent faire croire que ce siége doit être la corne d'Ammon; cette proposition a besoin d'être confirmée.

Mais le siége de la lésion qui produit la paralysie n'est pas toujours dans

l'encéphale. La paralysie peut dépendre en effet de la compression d'un nerf par une tumeur développée sur son trajet, par son altération propre, par le défaut de circulation dans un membre, etc. Il est ordinairement facile de reconnaître ces causes de paralysie. Si elle a son siége aux extrémités inférieures, on pourra reconnaître la tumeur développée dans le petit bassin; on la reconnaîtra plus facilement si elle existe au dehors sur le trajet des nerfs. Si c'est le défaut de circulation, la couleur violacée, la froideur du membre, et surtout l'absence des pulsations dans ce membre, feront reconnaître la cause de la paralysie. La lésion des organes locomoteurs eux-mêmes, le tiraillement considérable des muscles, peuvent occasionner une espèce de paralysie. Enfin, dans l'agonie de certaines maladies aiguës, et dans celle des maladies du cœur, on observe des hémiplégies qui ne doivent pas être rapportées à une lésion profonde du cerveau, et qui tiennent sans doute à ce qu'une partie de ce viscère meurt avant les autres.

3.° *De la paralysie considérée dans sa marche.* — La marche de la paralysie est brusque ou graduelle, progressive ou rétrograde; elle est aiguë ou chronique, et ces circonstances font singulièrement varier le diagnostic. Si la paralysie survient tout-à-coup sur un sujet sain, elle annoncera une lésion subite; or il n'y a de lésion subite qu'une hémorrhagie cérébrale ou une forte congestion. On exclura toutes les maladies chroniques du cerveau, et même le ramollissement. On distinguera l'hémorrhagie de la congestion par les signes qui leur sont propres. Si la paralysie est récente, mais qu'elle marche lentement et par degrés, on conclura qu'il existe une lésion dont les progrès sont lents et gradués, tel, par exemple, que le ramollissement. Si la paralysie va toujours croissant jusqu'à la mort, on aura la presque certitude que c'est un ramollissement. Si la paralysie rétrograde, elle doit appartenir à une lésion qui soit susceptible de guérison, et l'expérience prouve que l'épanchement ou la congestion sont seuls susceptibles de ce mode de terminaison. Lorsque la paralysie reste stationnaire, il est vraisemblable qu'il a existé un épanchement qui a détruit une portion du cerveau; que l'épanchement s'est résorbé, mais que la portion cérébrale détruite n'a pu être remplacée. La marche de la paralysie est-elle aiguë? elle indique ou une méningite, ou une congestion, ou un épanchement, ou un ramollissement. Nous savons maintenant comment on distingue ces affections. Est-elle chronique? elle annonce un cancer du cerveau, un tubercule, un fongus de la dure-mère, une acéphalocyste, une tumeur osseuse, etc. Il est quelques signes qui peuvent faire reconnaître ces maladies.

4.° *Durée de la paralysie.* — Nous pouvons appliquer à la durée de la paralysie ce que nous venons de dire de sa marche aiguë ou chronique; si cette durée est courte, la maladie appartiendra à la première classe; elle devra être rapportée à la seconde si cette durée est longue, après deux ou trois mois environ.

Nous ne devons pas omettre de dire que certaines causes de paralysie

doivent faire varier le diagnostic. Ainsi, lorsqu'elle est due à des émanations métalliques, bien que la lésion doive exister dans les organes de l'innervation, les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pu faire reconnaître cette lésion, et l'on est forcé de se retrancher dans un doute philosophique.

De tout ce qui précède, on doit conclure: 1.° que la paralysie n'est point une maladie spéciale, mais bien un signe de maladies; 2.° qu'on peut, avec de l'attention et du raisonnement, parvenir à reconnaître la nature, le siége et l'étendue de la lésion de laquelle elle dépend; 3.° que puisque son pronostic découle nécessairement du diagnostic, il varie suivant la nature de la lésion; 4.° enfin, que le traitement doit être fondé sur la nature de la lésion qui l'occasionne, et varier selon cette lésion; à moins que l'on ne prétende, comme on l'a fait, que toutes les maladies doivent être traitées de la même manière. »

---

*Plantes usuelles des Brasiliens; par M.* Aug. de Saint-Hylaire. (*Deuxième livraison.*)

Cette seconde livraison contient cinq planches *in*-4.° litographiées, et la description détaillée de six plantes usuelles du Brésil, dont quatre tout-à-fait nouvelles, sont décrites pour la première fois. Les six espèces appartiennent aux deux familles des rubiacées et des violacées, qui fournissent déjà un si grand nombre de médicamens à la thérapeutique.

1.° *Céphaélis ipécacuanha.* Rich. Hist. Ipec. 22. t. 1. — Cette espèce, que nous avons ainsi nommée dans notre dissertation sur les ipécacuanhas du commerce, est, comme chacun sait, celle qui fournit l'ipécacuanha le plus commun dans le commerce et le plus actif; celui que nous avons désigné sous le nom d'*ipécacuanha annelé*, à cause de la forme de sa racine. Cette plante, dit M. de Saint-Hilaire, croît dans les forêts humides et ombragées des provinces de Fernambouc, Bahia, des mines du Saint-Esprit, de Rio Janéiro, et s'étend vers le Sud jusqu'aux environs de Guaratinqueta, dans la province de Saint-Paul. Elle est surtout abondante dans les îles du Parahyba et sur les bords des rivières appellées *Rio-Xipoto* et *Pomba*, d'où il s'en fait des envois considérables à Rio de Janéiro.

2.° *Richardsonia rosea.* — Espèce nouvelle appartenant à la famille des rubiacées. Sa racine est employée avec un très-grand succès, par les cultivateurs des environs de *Joao-del-Rey*, pour remplacer *le Céphaélis ipécacuanha* qui ne croît pas dans leur pays. Non seulement ses propriétés sont les mêmes que celles du véritable ipécacuanha, mais encore on en obtient des résultats semblables à des doses moins considérables. A présent que le *céphaélis* devient moins abondant, les Brasiliens pourraient essayer d'envoyer en Europe les racines du *Richardsonia rosea,*

dont on ne tarderait pas sans doute à reconnaître les avantages. — Cette racine est connue dans le pays sous le nom de *poaya do campo.*

3.° *Richardsonia scabra.* L. — Cette espèce a été décrite sous différens noms. Nous avons le premier fait connaître que l'ipécacuanha blanc du Brésil, désigné sous le nom vulgaire de *poaya do campo* n'était pas la racine d'une plante de la famille des violacées, ainsi qu'on l'avait dit jusqu'alors, mais qu'elle appartenait à une rubiacée, que nous désignions alors sous le nom de *Spermacoce hexandra*, d'après quelques renseignemens qui nous avaient été transmis par M. Ilfonso Gomez. Cette espèce est, selon M. de Saint-Hilaire, la même que le *Richardsonia scabra* de Linnœus, à laquelle on doit réunir le *Richardsonia brasiliensis*, décrit et figuré par M. Virey (*Journ. complément.*), d'après un Mémoire d'Ant. Gomez.

Cette plante, sans avoir à beaucoup près des propriétés aussi actives que le *Richardsonia rosea*, peut cependant au besoin remplacer avec succès le *céphaélis*.

4.° *Sonidium Poaya.* — Espèce nouvelle de la famille des violacées. On sait que plusieurs autres espèces du genre *sonidium* fournissent des racines émétiques ; telles sont les *sonidium houbon*, ou *sonidium ipécacuanha iridium parviflorum*, etc. Cette nouvelle espèce confirme cette propriété émétique. Les habitans des contrées où elle croît emploient sa racine en place du véritable ipécacuanha.

5.° et 6.° *Conohoria labolobo*, *conohoria castanefolia.* — Ces deux espèces nouvelles appartiennent également à la famille des violacées. M. de Saint-Hilaire ne les décrit ici que pour engager les Brasiliens à en soigner la culture. Il pense qu'avec quelques soins, ces deux plantes peuvent devenir d'excellens légumes.

Nous répéterons en terminant cette courte analyse, que cet ouvrage se recommande toujours par le grand nombre d'observations nouvelles qu'il renferme, sous les rapports de la matière médicale et de la botanique. A-RICHARD.

---

*Rapport à l'Académie des sciences, sur les planches anatomiques du docteur* ANTOMMARCHI ; *par M. le professeur* DUMÉRIL.

J'ai eu l'honneur de rendre un compte verbal à l'Académie, il y a plus d'un an, des deux premières livraisons du magnifique ouvrage, très-grand in folio, intitulé : *Planches anatomiques du corps humain dans ses dimensions naturelles*, par M. le docteur Antommarchi, et dont l'exécution lithographique est dirigée par M. le comte Lasteyrie. Ce grand travail dont l'auteur a continué de faire hommage à l'académie, se poursuit avec tant de zèle, qu'il en a déja paru huit livraisons sur quinze qui doivent le composer. Nous rappellerons que le plan de l'ouvrage est tel que chacune des figures représente dans leur grandeur réelle,

toutes les parties du corps humain, sous des aspects différens et par couches successives. C'est une sorte de vues de l'ensemble, ou de panoramas anatomiques. Dans quelques exemplaires (dont le prix n'est pas le triple de celui des planches en noir (1), chaque objet est peint, où offre sa couleur naturelle; et dans les figures non coloriées, le genre de dessin est tellement conçu, que chaque nature de tissu y est constamment et uniformément rendue, à l'aide de procédés et de traits convenus différens et toujours affectés à la même sorte d'organes. Chaque livraison se compose de six planches dont trois sont ombrées, et à l'effet, les trois autres sont, comme on le dit, au trait, en contre-épreuve avec les lettres ou les signes indicatifs de renvoi au texte qui les explique. Ces trois planches tirées sur un papier très-solide et de dimension extraordinaire, sont destinées cependant encore à être placées les unes au-dessus des autres pour ne former qu'une seule figure, et dans les dernières livraisons qui représentent le squelette, l'auteur a ajouté une quatrième planche destinée à faire connaître des détails d'organisation particulière à quelques régions du corps. La troisième livraison, par exemple, compreud les planches 7, 8 et 9, ou la troisième figure destinée à représenter la deuxième couche des muscles. L'homme est représenté vu en partie de face, en partie tourné de manière à offrir la région latérale gauche du tronc, du col et de la tête. Dans la quatrième livraison, on voit le même individu par la partie postérieure, et présentant un peu en devant la région droite du tronc et de la tête. La septième et la huitième livraisons sont destinées à l'étude du squelette dans son ensemble. Les planches qui s'y trouvent jointes représentent la tête dépouillée, pour faire voir les vaisseaux de tous genres, les nerfs, les muscles, les glandes, etc. Toutes ces parties, à l'aide de l'artifice ingénieux employé par l'excellent dessinateur (M. Pedretti), sont d'une netteté admirable et donnent une idée parfaitement exacte de l'organisation.

Nous ne pouvons trop applaudir à la beauté de ce travail, et l'Académie doit savoir gré à l'auteur de l'hommage de l'ouvrage qui devient une richesse pour sa bibliothèque. (2)

---

(1) Lequel en totalité est de 375 fr., à 25 fr. par livraison.

(2) La huitième livraison, qui vient de paraître, contient une figure du squelette naturel entier vu du côté de sa face antérieure, avec une planche qui représente des figures de détail, remarquables par l'exactitude du dessin, et qui sont relatives à des préparations du sinus maxillaire, du nerf maxillaire inférieur, des vaisseaux et des nerfs de la plante et du dos du pied. Cette livraison donne l'assurance que cette grande entreprise s'exécutera jusqu'à la fin avec toute la perfection désirable.

(*Le R.*)

*Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens ; par M.* MAGENDIE. *Quatrième édition.*

Au commencement du dix-huitième siècle, lorsque la chimie était une science presque conjecturale, les nombreux travaux de Rouelle, de Lemery, de Margraaff, de Venel, de Bergmann, de Geoffroy, de Macquer, etc., furent, pour ainsi dire, l'aurore de la chimie pneumatique. A cette même époque, l'analyse des substances végétales fut entreprise au sein de l'Académie Royale des Sciences par Dodart et Boulduc; mais comme leurs recherches se bornaient à la distillation des plantes à feu nu, il en résulta que la cigüe, la jusquiame, et les plantes les plus vénéneuses, donnaient les mêmes produits que les végétaux alimentaires. Après trente ans de travaux perdus, et plus de trois mille analyses, ils se virent contraints d'abandonner cette méthode et de recourir à celle des dissolvans, auxquels on dut la découverte du gluten, du caout-chouc, de quelques sels dits essentiels, et de plusieurs principes colorans. Depuis ce temps, et malgré les nombreux travaux des chimistes modernes, la chimie végétale était la plus arriérée: ses progrès étaient réservés, pour la plus grande partie, à la pharmacie française; car, à l'exception de la morphine, découverte par Serturner, de la cinchonine par Duncan, de l'atropine par Brandes, du pipérin par OErstaed, et de la digitaline par Le Royer, tous les autres principes alcaloïdes végétaux sont dus à des pharmaciens français, qui se sont attachés à isoler la partie médicamenteuse des substances végétales: c'était le plus grand service qu'ils pussent rendre à l'art de guérir. Lorsque ces découvertes eurent été faites, il fallut, par des expériences et des observations exactes, constater les propriétés médicinales de ces substances, et les effets délèteres de plusieurs d'entre elles. M. Magendie, qui avait lui-même contribué à la découverte de l'émétine, se livra à cette étude. Riche d'un grand nombre de faits, il les rassembla et publia son formulaire, pour la préparation et l'emploi de plusieurs médicamens nouveaux, dont quatre éditions ont démontré l'utilité. Toutes les expériences de ce physiologiste ne portent pas, il est vrai, l'empreinte de la dernière exactitude, comme MM. Orfila, Bally, paraissent l'avoir démontré. Nous sommes forcés d'avouer aussi que cette quatrième édition n'est pas bien au courant des découvertes les plus récentes; elle contient même des omissions et des erreurs. M. Magendie, dit, en parlant de la morphine, qu'elle est très-amère. Cette erreur est d'autant plus grave, qu'elle peut conduire à des résultats funestes celui qui voudrait s'assurer par le goût si la substance qu'il examine est de la morphine; n'y trouvant aucune amertume, il pourrait répéter son essai et s'empoisonner, l'ouvrage de M. Magendie à la main. La morphine est insipide, sans doute à cause de son insolubilité dans l'eau, puisque ses solutions alcoholiques et éthérées sont très-amères. J'ignore pour quel motif ce physiologiste a passé sous silence les recherches et expériences sur les effets de l'acétate de morphine, faites à l'école d'Alfort par MM. Deguise, Dupuy

et Leuret; de même que l'assertion négative de M. Orfila, qui se trouve appuyée des expériences de M. Barthélemy à Alfort, et de plus de cent observations de M. Bally sur l'homme, qui tendent à prouver que la morphine est le principe irritant et essentiellement actif de l'opium. M. Magendie regarde la narcotine comme le principe excitant de ce médicament. M. Orfila le nie; il soutient qu'il agit plutôt comme stupéfiant, et qu'il est loin d'être aussi énergique qu'on l'avait annoncé, puisque le docteur Bally la donne jusqu'à soixante grains à la fois, soit pure, soit à l'état d'hydrochlorate, sans en obtenir aucun effet notable. Nous eussions aimé à y trouver aussi un extrait du beau travail de M. Lassaigne sur les moyens propres à reconnaître les empoisonnemens par la morphine. L'article *acide-hydrocyanique* est aussi très-arrieré. On n'y trouve point, même indiquées, les recherches de M. Heller en opposition aux siennes; celles de M. Viborg, de Vienne, qui soutient que quatorze gouttes de cet acide ne tuent pas un chien, tandis que, d'après M. Magendie, une seule suffit; enfin l'observation, que j'ai rapportée dans ma Chimie médicale, d'un chien empoisonné par M. Chevallier au moyen de demi-once d'acide hydrocyanique médicinal, sans que la mort en ait été la suite, quoique ce chien eût été empoisonné la veille avec douze grains d'acétate de morphine. M. Magendie eut dû rappeler aussi l'antidote (l'ammoniaque) proposé par le docteur Murray contre les empoisonnemens par cet acide, ainsi que l'heureux emploi qu'on fait de ce dernier acide, en Angleterre, en lotions et étendu d'eau contre les dartres, le prurigo et la plupart des maladies de la peau. Enfin, pour compléter l'histoire des principes médicamenteux des substances végétales, M. Magendie eût dû ajouter à son ouvrage l'atropine, la cathartine, la cytisine, la digitaline, la picrotoxine; le scillitin, le rhubarbarin, etc., auxquels la belladona, le séné, la digitale, la coque du Levant, la scille, la rhubarbe, etc., doivent leurs vertus.

Nous ne pousserons pas plus loin cet examen; ce que nous venons d'exposer suffira pour démontrer que nous n'avons fait ces observations que dans l'intérêt de la science. Nous ne pensons pas d'ailleurs que M. Magendie attache une grande importance à un ouvrage qui, comme tous ceux de ce genre, ne sont que des compilations plus ou moins bien faites, et souvent très-utiles. Au demeurant, nous conviendrons aussi que ce physiologiste est un de ceux qui ont le plus contribué à l'étude des vertus médicinales et toxicologiques de ces principes végétaux.

Il est souvent question de l'administration des médicamens nouvellement découverts, et des diverses expériences qui ont été tentées pour s'assurer de leurs vertus; mais comme un grand nombre de médecins n'ont pas sous la main les ouvrages les plus modernes pour en étudier les propriétés physiques, chimiques et médicinales, nous avons cru devoir y suppléer en les exposant dans un tableau propre à rendre cette étude plus facile, tant en les leur présentant presque toutes réunies, qu'en leur offrant ainsi un point de comparaison très-aisé à saisir.

*TABLEAU SYNOPTIQUE des Propriétés physiques, chimiques, médicinales et délétères des principes immédiats végétaux et des alcaloïdes récemment découverts;*

PAR M. JULIA FONTENELLE.

*N. B. On a conservé la terminaison en* ine *aux substances alcalines, et celles en* in *à celles qui ne le sont pas.*

| NOM DE SUBSTANCES, leur découverte, et leur état naturel. | PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. | PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. | PROPRIÉTÉS MÉDICINALES et DÉLÉTÈRES. |
|---|---|---|---|
| 1.° ATROPINE. Découverte par *Brandes* dans l'atropa belladona. | Inodore, insipide, en aiguilles prismatiques, incolore, verdissant le sirop de violettes. | Se décompose par l'action du calorique; presque insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; neutralisant beaucoup d'acide et produisant des sels dont les solutions aqueuses répandent par l'évaporation des vapeurs qui peuvent dilater la pupille, et agissent comme narcotiques. | C'est le principe vénéneux de la *belladona*. |
| 2.° BRUCINE. Déc., en 1819, par M.rs *Pelletier* et *Caventou*, dans la fausse angusture à l'état de gallate. | En masses feuilletées d'un blanc nacré, ayant l'aspect de l'acide borique, et quelquefois en prismes alongés, inodore, amère, âcre et acerbe; verdissant le sirop de violettes. | Fusible à 102 C.°, et se fige par le refroidissement; au-dessus se décompose; inaltérable à l'air; soluble dans 500 d'eau bouillante ou 850 de froide; restant à l'état d'hydrate en retenant $\frac{1}{6}$ d'eau; soluble dans l'alcool presque en toutes proportions, et très-peu dans l'éther, forme des sels vénéneux, amers, cristallisables et décomposables par la morphine. Par l'acide nitrique concentré devient rouge cramoisi. Cette couleur passe au jaune par le calorique; en cet état l'hydrochlorate d'étain y forme un beau précipité violet, caractère qui est particulier à la brucine. Elle est composée de carbone 75,04, oxigène, 11,21 azote 7,22, hydrogène 6,53. | Ce poison agit sur la moelle épinière et détermine des contractions tétaniques. On l'a administré dans la paralysie à la dose de $\frac{1}{8}$ de grain qu'on a porté successivement jusqu'à 5 grains par jour. Quatre grains suffisent pour tuer un lapin; la même dose ne tue pas un chien. |
| 3.° CATHARTINE. Déc., en 1820, par M.rs *Lassaigne* et *Feneulle*, dans les follicules et les feuilles de séné. | Solide, jaune brunâtre, odeur particulière, amère et nauséabonde. | Attire l'humidité de l'air, se décompose par le calorique, est très-soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, se décompose par les acides concentrés. | C'est le principe cathartique du séné. |
| 4.° CINCHONINE. Déc. par *Duncan* dans les écorces de quinquina. | Blanche, cristallisant en aiguilles, inodore, amère, verdissant la teinture de violettes. | Par le calorique, une partie se décompose et l'autre se volatilise; brûle sans résidu; par le contact de l'air, passe avec le temps à l'état de carbonate; soluble dans 2500 parties d'eau bouillante, soluble dans l'alcool, très-peu dans l'éther, sature plus d'acide que la quinine et forme, avec l'acide acé- | Mêmes propriétés médicinales que la quinine, avec cette différence qu'il faut cinq parties en poids de cinchonine pour produire le même effet d'une de quinine; presque pas usitée. |

| NOM DES SUBSTANCES, leur découverte, et leur état naturel. | PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. | PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. | PROPRIÉTÉS MÉDICINALES et DÉLÉTÈRES. |
|---|---|---|---|
| | | tique, un sel incristallisable, tandis que l'acétate de quinine cristallise. Elle est composée de carbone 76,97, oxigène 7,97, azote 9,02, hydrogène 6,22, D. P. | |
| **5.° CYTISIN.** En 1820 par M.rs *Lassaigne* et *Chevallier* dans les semences du cytisus laburnum. | Solide, vert jaunâtre, saveur désagréable. | Le calorique le décompose, ainsi que les acides concentrés; très-soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; ne contient pas d'azote. | A la dose de huit grains cause des vertiges, la crampe d'estomac et des vomissemens qui durent quelquefois pendant deux heures. |
| **6.° DELPHINE.** En 1819 par *Lassaigne* et *Feneulle* dans les semences de staphisaigre. | Poudre blanche et cristalline tant qu'elle est humide; inodore, âcre et très-amère, verdissant le sirop de violettes. | Fusible et donne par le refroidissement une matière dure et cassante; à une température plus élevée se décompose, brûle sans résidu; presque insoluble dans l'eau et très-soluble dans l'alcool et l'éther, forme des sels neutres, âcres, très-amers et très-solubles. L'acide nitrique concentré donne une teinte jaune à cet alcali qui diffère de la couleur rouge que cet acide produit sur la brucine et la morphine. Non analysée. | Ses effets sont bien plus énergique que ceux de la staphisaigre. Six grains tuent un chien dans deux ou trois heures; à l'état d'acétate, elle est encore plus vénéneuse. |
| **7.° DIGITALINE.** Entrevue par M.rs *Lassaigne* et *Chevallier*, et découverte par M. *Le Royer*, en 1824, dans les feuilles de digitale pourprée. | Cristaux microscopiques, en prismes droits à base rhomboïdale, inodore, très-amère; verdit le sirop de violettes. | Le calorique la décompose; très-déliquescente, très-soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; l'action des acides non encore bien étudiée. | Un demi-grain en solution dans 2 gros d'eau tiède injectée dans les veines d'un chat, le tue en un quart d'heure sans agitation et sans angoisses; la dose de 1 grain et demi injectée dans la jugulaire d'un chien, produit le même effet. Le sang des animaux ainsi empoisonnés prend une teinte vineuse et a peu de tendance à se coaguler. |
| **8.° ÉMÉTINE.** Déc. en 1817, par M.rs *Pelletier* et *Magendie*, dans les racines de viola emetica, callicocca ip. et psycotria emetica, et par M. *Boullay* dans la violette. | Pure, elle est en poudre blanche, inodore, un peu amère, verdissant le sirop de violettes. | Fusible à 50 C.°, au-dessus se décompose, devient opaque à l'air, très-peu soluble dans l'eau et très-soluble dans l'alcool et dans l'éther; ne produit, avec les acides que des sursels cristallisables et décomposables par les alcalis et la magnésie. La noix de galle en précipite des flocons d'un blanc sale. Elle est composée de carbone 64,57 oxygène 22,95; azote 4,00; hydrogène 7,77. D. et P. | C'est le principe vomitif des ipécacuanhas. Ses vertus sont telles que $\frac{1}{16}$ de grain provoque des vomissemens; la dose est d'un grain pour les adultes; à celle de deux elle donne la mort à un chien. |
| **9.° GENTIANIN.** Par M.rs *Henry* et *Caventou* dans la racine de grande gentiane. | En petites aiguilles jaunes, inodore et très-amère. | Par l'action du calorique, une partie se sublime en aiguilles jaunes, et l'autre se décompose, inaltérable à l'air, soluble dans l'eau et lui communiquant une forte amertume, très-soluble dans l'alcool et dans l'éther, soluble dans les acides (le sulfurique concentré le charbone.) | Fébrifuge et tonique très-énergique. |

| NOM DES SUBSTANCES leur découverte, et leur état naturel. | PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. | PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. | PROPRIÉTÉS MÉDICINALES et DÉLÉTÈRES |
|---|---|---|---|
| 10.° IODE. Déc. en 1813, par *Courtois*, dans les eaux mères de quelques fucus et de plusieurs soudes. | En espèce de lames bleuâtres, odeur de chlorure de soufre. Corps simple. | Fusible à 107 C.°, se volatilisant en vapeurs violettes et entrant en ébullition à 175 : inaltérable à l'air, soluble dans 7000 parties d'eau, soluble dans l'éther et d'autant plus dans l'alcool qu'il est plus rectifié. Ces solutions colorent la peau en jaune. Avec l'oxygène, forme l'acide iodique, et avec l'hydrogène l'acide hydriodique. | Pour le traitement des goîtres, des scrophules, de la chlorose, du cancer de la matrice, des tumeurs blanches, de la phthisie scrophuleuse, des indurations glanduleuses syphilitiques invétérées, etc. On l'emploie en substance, en teinture alcoolique, à l'état salin et en pommade; à la dose de 1 gros à 1 gros et demi, détermine la mort et l'ulcération de la membrane muqueuse de l'estomac. |
| 11.° LUPULIN. Par M. *Planche*, et presque en même temps par M.rs *Ives*, *Payen* et *Chevallier*, dans la matière jaune des fleurs de houblon. | Solide, d'un blanc jaunâtre, aromatique et très-amer. | Le calorique le décompose; il est inaltérable à l'air, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. | Tonique et narcotique, non vénéneux; doses indéterminées. |
| 12.° MORPHINE. En 1817, par *Serturner* dans l'opium à l'état de méconiate. | Cristaux blancs en prismes rectangulaires, inodore, insipide, solutions amères, verdissant le sirop de violettes. | Se fond et se décompose à une température peu élevée : inaltérable à l'air, insoluble dans l'eau froide, soluble dans 42 d'alcool froid et dans 8 d'éther, forme des sels très-amers. L'acide nitrique le colore en rouge, ce qui le fait proposer comme un réactif précieux pour en démontrer la présence. Elle est composée de carbone 71,01; oxygène 17,28; azote 5,177, hydrogène 6,533. | Narcotique sans avoir les inconvéniens de l'opium. M. Bally pense qu'elle est aussi active que son acétate que l'on donne de préférence à cause de sa solubilité; comme ce sel est difficile à cristalliser et à conserver, le sulfate paraît préférable. La dose de ces deux sels est de $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{3}$ de grain par jour en pilules ou en sirop; on en augmente graduellement la dose jusqu'à 4 grains. C'est un poison devenu célèbre dans les annales du crime. |
| 13.° NARCOTINE. En 1802, pour $\frac{1}{50}$ dans l'opium, par M. *Derosne* qui lui donna le nom d'opiane. | En aiguilles déliées ou en prismes rhomboïdaux, inodore et insipide. | Se fond comme les graisses et se décompose; inaltérable a l'air, peu soluble dans l'eau, soluble dans 24° alcool bouillant ou 100 de froid, soluble dans l'éther chaud, formant des sels vénéneux. Elle est composée de carbone 68,88, oxygène 18, azote 7,21, hydrogène 5,91. D. et P. | Paraît agir comme stupéfiante; M. Bally l'a donnée jusqu'à la dose de 60 grains sans en obtenir des effets notables. Son acétate, à celle d'un grain, tue un chien dans un jour. |
| 14.° PICROTOXINE. Déc. par *Boullay* dans la coque du Levant. | En prismes quadrilatères blancs, inodore, très-amère, verdissant le sirop de violettes. | Le calorique la décompose, inaltérable à l'air, soluble dans 25 parties d'eau bouillante et 50 de froide, soluble dans 3 d'alcool et très-soluble dans l'éther; forme des sels très-amers et peu solubles dans l'eau. | C'est à cet alcali que la coque du Levant doit ses propriétés vénéneuses. Il suffit de 3 ou 4 grains pour tuer le chien le plus robuste dans une heure; c'est aussi un poison très-subtil pour les poissons. |
| 15.° PIPÉRIN. Déc. par *OErstaed* dans le poivre noir. | En prismes incolores et | Se fond et se décompose; inaltérable à l'air, insoluble dans l'eau | Suivant Bertini, Meli, Miccolini, Simoneti et Siniscalchi, c'est |

| NOM DES SUBSTANCES, leur découverte, et leur état naturel. | PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. | PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. | PROPRIÉTÉS MÉDICINALES et DÉLÉTÈRES. |
|---|---|---|---|
| | translucides, inodore et presque insipide. | froide et bien peu dans l'eau bouillante, très-soluble dans l'alcool et dans l'éther. | un fébrifuge bien plus énergique, à plus petite dose, que le sulfate de quinine. On en donne 24 grains par jour, en 12 pilules. 50 à 60 grains suffisent pour la guérison d'une fièvre intermittente. |
| 16.° QUININE. En 1820, par M.rs *Pelletier* et *Caventou*, dans le quinquina. | Blanche et incristallisable, inodore, très-amère, verdissant le sirop de violettes. | Se fond, devient idioélectrique et prend, en la frottant avec une étoffe de laine, l'électricité résineuse; elle est inaltérable à l'air, soluble dans 700 parties d'eau, soluble dans l'alcool et beaucoup plus dans l'éther; forme des sels très-amers et nacrés, sature moins d'acide que la cinchonine et donne un acétate cristallisable. Elle est composée de carbone 74,56; oxygène, 7,7; azote, 10,84, hydrogène 6,90. | Mêmes vertus que le quinquina, mais beaucoup plus énergiques; on emploie de préférence le sulfate de quinine. Quatre grains équivalent à 2 gros d'écorce du Pérou. Cet alcali et ses sels sont cinq fois plus énergiques que la cinchonine et son sulfate. |
| 17.° RHUBARBARIN. Déc. par *Pfaff* dans la rhubarbe cultivée en Europe. | Solide, brun foncé, opaque, odeur désagréable, saveur amère et nauséabonde. | Le calorique le décompose; déliquescent, très-soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. L'acide nitrique le convertit en acide oxalique. | Paraît être le principe médicamenteux de la rhubarbe. |
| 18.° SCILLITIN. Par *Vogel* dans les oignons de scille. | Blanc, fragile, transparent, cassure résineuse, inodore et saveur amère. | Le calorique le décompose, déliquescent, très-soluble dans l'eau, l'alcohol et l'éther; action des acides très-peu étudiée. | Principe médicamenteux de la scille; provoque le vomissement, la sécrétion de l'urine et la diarrhée. |
| 19.° SOLANINE. En 1821, par *Desfosses* dans la douce-amère et la morelle. | Blanche, grenue ou en prismes quadrilatères microscopiques, inodore, un peu amère et nauséabonde, verdissant le sirop de violettes. | Le calorique la décompose; inaltérable à l'air, insoluble dans l'eau froide, soluble dans 8000 d'eau bouillante, peu soluble dans l'alcool et l'éther; formant des sels incristallisables et amers qui, par l'évaporation, donnent une masse gommeuse. | Provoque le vomissement et le sommeil; on n'a encore employé que son acétate. Peu étudiée. |
| 20.° STRYCHNINE. En 1818, par M.rs *Pelletier* et *Caventou*, dans la noix vomique et la fève de Saint-Ignace. | En poudre blanche opaque et quelquefois nacrée, inodore, amertume insupportable, verdit le sirop de violettes. | Ni fusible, ni volatile, inaltérable à l'air, soluble dans 6667 d'eau à 10.° ou 2500 de bouillante; ces solutions ont une couleur orangée. $\frac{1}{600000}$ de grain les rend amères; très-soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther; forme quelques sels cristallisables plus vénéneux que la strychnine. Elle est composée de carbone 78,22, oxygène 6,38, azote 8,92, hydrogène 6,54. D. P. | C'est le poison le plus violent de tous les alcaloïdes végétaux : il est douze fois plus énergique que la brucine. $\frac{1}{8}$ de grain fait périr le chien le plus vigoureux; $\frac{1}{4}$ de grain suffit pour produire sur un homme sain des effets délétères. |
| 21.° VÉRATRINE. En 1819, par M.rs *Pelletier* et *Caventou*, dans la cévadille, l'ellébore blanc et les colchiques. | Poudre blanche, inodore, saveur âcre et brûlante, verdissant le sirop de violettes. | Fusible à 50 c.°, en se refroidissant offre une masse translucide de couleur ambrée; inaltérable à l'air, soluble dans 1000 parties d'eau bouillante, très-soluble dans l'alcool; insoluble dans l'éther; sels incristallisables; elle est composée de carbone 66,75, oxygène 19,60, azote 5,04, hydrogène 8,54. | Sternutatoire dangereux; à très-petite dose, elle provoque des vomissemens et des évacuations alvines considérables. |

*Manuel de Chimie médicale; par* Julia-Fontenelle, *professeur de chimie médicale. Un vol. in-12 ; prix, 6 fr. 50 cent. Paris, 1824. chez Béchet jeune.*

Un Traité élémentaire de chimie, que sa brièveté mît à portée des étudians en médecine, en pharmacie et des Ecoles vétérinaires, était un des ouvrages les plus difficiles à faire. M. Julia ne méconnaissait pas la difficulté de faire un pareil ouvrage, et ce n'est que les avantages qu'il peut offrir dans les premières études médicales et pharmaceutiques, qui lui ont fait entreprendre cette pénible tâche. Que faut-il conserver, que faut-il omettre d'un si grand nombre de faits dont la chimie est maintenant composée ? Ce chimiste a résolu cette question, en passant sous silence ce qui n'offrait aucun intérêt, et en conservant tout ce qui se rattachait essentiellement aux arts, principalement à l'art de guérir. Il a renfermé dans cet ouvrage tout ce qu'il importe à MM. les Étudians en médecine et des Écoles vétérinaires de connaître, sinon pour en faire des chimistes parfaits, du moins pour pouvoir appliquer avec fruit cette science à la médecine. Sous ce point de vue, en ne présentant que l'ensemble des principaux faits, et en y joignant plusieurs tableaux propres à leur servir de répertoire, il a cherché à rendre son travail nécessaire à ceux qui se préparent à subir leurs examens.

Ce *Manuel de Chimie* est divisé en quatre parties ; la première comprend les notions préliminaires de cette science et les corps impondérables ; la deuxième est consacrée à l'étude des corps pondérables, des combinaisons qu'ils forment entr'eux, et à l'examen des réactifs ; la troisième partie offre l'ensemble des substances végétales d'après la division admise par M. Thénard ; enfin, la quatrième renferme les substances animales divisées en huit sections. Dans la première, sont les substances grasses ; dans la seconde, les acides ; la troisième, ni grasses, ni acides ; la quatrième, les salines et terreuses ; la cinquième, celles qui sont le produit de la digestion ; la sixième, le sang ; la septième, les liqueurs sécrétées ; la huitième, les substances molles et solides. Cet ouvrage, par l'ensemble des faits que M. Julia y a présentés avec beaucoup de précision et de sagacité, est très-propre à faciliter l'étude de la chimie aux élèves. Ceux qui cultivent déjà cette science, seront bien-aises d'y trouver, en un seul volume, le tableau de son état actuel. Il renferme une foule de substances nouvelles qui n'ont point encore été décrites dans aucun ouvrage élémentaire de chimie. Malgré notre désir qu'il eût donné un peu plus d'extension à plusieurs articles de son *Manuel*, nous ne pouvons nous empêcher de louer l'auteur, d'avoir contribué aux progrès des sciences naturelles et médicales, en cherchant à en applanir les difficultés à ceux qui se livrent à leur étude. A. Chevallier.

---

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

# MÉMOIRES

ET

# OBSERVATIONS.

*Observations* (1) *sur l'oblitération des canaux biliaires ; par M.* ANDRAL *fils*.

On a rapporté à quatre causes principales l'oblitération complète ou incomplète, passagère ou durable, des conduits à surface muqueuse. Ces causes sont : 1.° l'obstruction de leur cavité par un corps étranger ; 2.° la compression exercée sur leurs parois par des brides membraneuses ou par des tumeurs de diverse nature ; 3.° une contraction spasmodique indépendante de tout état de phlegmasie ; 4.° un travail inflammatoire d'où résulte l'engorgement de la muqueuse, son épaississement, ainsi que celui des tissus subjacens, etc. Si nous examinons l'influence de ces différens ordres de causes sur l'oblitération des canaux biliaires, nous verrons que les deux premières la produisent fréquemment ; que dans la très-grande majorité des cas, la troisième a été plutôt supposée que démontrée ; et qu'enfin la quatrième n'a jusqu'à présent que très-peu fixé l'attention des médecins. Les auteurs qui en ont parlé en ont plutôt établi l'existence *à priori* qu'ils ne l'ont démontrée par l'inspection anatomique. C'est pour essayer de suppléer à cette lacune, que nous publions les observations suivantes. Plusieurs ictères, généralement attribués au spasme des canaux biliaires, nous

(1) Recueillies à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Lerminier.

semblent plutôt reconnaître pour cause une inflammation plus ou moins intense de la membrane muqueuse de ces conduits. Delà, engorgement de la muqueuse, et oblitération plus ou moins complète de ce canal. C'est ce qu'on observe d'ailleurs pour tous les conduits à cavité étroite, dont l'inflammation s'empare. Cette oblitération peut n'être que passagère, si l'engorgement qui la cause se dissipe promptement. Elle peut se prolonger, devenir même permanente, dans le cas où l'inflammation passe à l'état chronique.

I.re *Obs.* — *Ictère avec douleur et tumeur dans l'hypochondre droit; oblitération du canal cholédoque; rupture du canal hépatique; péritonite.* — Un cordonnier, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 8 novembre 1821. Six jours auparavant, à la suite d'un excès de table, il fut pris d'une assez vive douleur à droite de l'épigastre, un peu au-dessous du bord des côtes. Le lendemain, il s'aperçut qu'il était jaune. Le 9 novembre, 7.e jour, il présenta l'état suivant: teinte jaune des conjonctives et de toute la surface de la peau; douleur obtuse dans l'hypochondre droit; au-dessous de l'extrémité antérieure de la 11.e côte, on sent une tumeur piriforme, mobile sous le doigt, indolente, dont la grosse extrémité dépasse un peu le niveau de l'ombilic, et dont la petite se perd derrière les côtes. La langue est naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul, les selles rares et décolorées. Le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche. Nous regardâmes la tumeur de l'hypochondre comme produite par la vésicule remplie de bile. (*Sangsues à l'anus; petit-lait avec acétate de potasse; diète*). Les quatre jours suivans, la tumeur augmenta; aucun autre changement n'eut lieu. Dans la journée du 13 novembre, 11.e jour de l'invasion de la douleur de l'hypochondre, le malade fut pris tout-à-coup d'une douleur beaucoup plus vive, qui, partant de la région du foie, envahit bientôt la totalité de l'abdo-

men. Lorsque nous vîmes le malade le lendemain matin, cette douleur persistait; son extrême acuité, son exaspération par la pression la plus légère, indiquaient suffisamment qu'elle avait pour cause une inflammation péritonéale. En même temps, face pâle, grippée, profondément altérée; anxiété générale portée au plus haut degré; pouls petit, très-fréquent; extrémités déjà froides. (*Deux vésicatoires aux jambes; vingt sangsues sur l'abdomen*). Mort dans l'après-midi.

*Ouverture du cadavre.*— Le péritoine était rempli d'un liquide purulent, dont la teinte, généralement jaune, le devenait beaucoup plus dans le flanc droit. La surface interne du duodénum présentait une couleur rouge intense. Le point où s'ouvre le canal cholédoque, et qu'on ne trouve pas ordinairement sans l'avoir un peu cherché, était marqué par une petite tumeur arrondie, percée à son centre d'une sorte d'orifice capillaire, large d'une ligne au plus, et s'élevant de trois lignes environ au-dessus du niveau de la surface intestinale. Un stylet très-fin, introduit par l'ouverture que cette tumeur présentait à son centre, ne rencontra pas d'abord de cavité. Toutefois, poussé avec force, il parut franchir un obstacle, et il s'engagea dans le canal cholédoque, qu'il parcourut avec peine dans toute son étendue, comme si la cavité ordinaire du canal se trouvait effacée, et que le stylet la reformât un peu, à mesure qu'on le poussait avec précaution de l'intestin vers le foie. Incisé en divers sens, le conduit cholédoque ne présenta en effet qu'une cavité presque imperceptible : ses parois étaient considérablement épaissies; elles avaient d'ailleurs une grande friabilité, et se déchiraient par la plus légère traction. Au contraire, les canaux hépatique et cystique présentaient une augmentation notable de capacité, ainsi que la vésicule. Un peu avant l'union de ces deux canaux, l'hépatique offrait une solution de continuité irrégulièrement

arrondie, et assez large pour admettre un petit pois. Autour de cette perforation, la texture des parois du canal ne paraissait point altérée. La cause de la péritonite fut dès-lors évidente. Le tissu du foie ne présenta rien de remarquable. L'estomac offrait quelques plaques rouges, dont la couleur résidait dans la muqueuse. Le reste du tube digestif et les autres organes parurent sains.

*Réflexions.* — Il est peu de cas où les symptômes observés pendant la vie soient en rapport aussi rigoureux avec les lésions trouvées sur le cadavre. Par suite d'un écart de régime, l'estomac et le duodénum s'enflammèrent. Peu marquée dans le premier de ces organes, la phlegmasie prit dans le second un plus haut degré d'accroissement. L'irritation de la muqueuse duodénale se propagea par continuité de tissu à la portion de membrane qui tapisse le canal cholédoque. Ainsi s'enflamment, dans l'ophthalmie, les conduits lacrymaux, et dans l'urétrite, les canaux séminifères. Delà, engorgement de la membrane muqueuse, oblitération de la cavité du canal cholédoque, et par suite accumulation de la bile dans la vésicule, formation de la tumeur de l'hypocondre, résorption vraisemblable d'une autre portion de bile, et production de l'ictère. Quant au canal hépatique, l'excès de capacité qu'il présenta, semble prouver qu'il avait été fortement distendu par la bile. Cette distension fut-elle poussée assez loin pour produire la rupture de ses parois? On peut le supposer, en raison de leur peu d'épaisseur. Une autre circonstance remarquable, c'est que l'inflammation très-intense, dans toute l'étendue du canal cholédoque, n'occupait que ce seul conduit, et que les canaux hépatique et cystique en étaient entièrement exempts. D'autres surfaces muqueuses nous offrent également de fréquens exemples d'inflammations, dont le siège se trouve, comme ici, exactement circonscrit. Ainsi, dans le plus grand nombre des gastrites, la rougeur de la mu-

queuse se termine brusquement, d'une part au cardia, et d'autre part au pylore. Ainsi il n'est pas rare de voir l'une des faces de la valvule iléo-cœcale présenter une vive rougeur, tandis que l'autre face est blanche. Ce changement de couleur a lieu tout-à-coup. Aucune nuance, aucune teinte intermédiaire ne sépare l'endroit enflammé de l'endroit resté sain.

II.e *Obs.* — *Ictère avec tumeur et douleur dans l'hypochondre droit; guérison.* — Un homme de 30 ans environ, ressentit pendant deux jours une assez vive douleur dans l'hypochondre droit; puis il devint jaune. Lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours de l'été de 1824, l'ictère et la douleur de l'hypochondre persistaient. Immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, un peu en dedans d'une ligne droite dont l'extrémité inférieure eût été supposée répondre à l'épine antérieure supérieure de l'os des îles, on sentait une tumeur piriforme, mobile, dépassant de deux travers de doigt environ le bord des côtes, derrière lesquelles elle se prolongeait. Cette tumeur nous parut être produite par la vésicule du fiel, qu'une grande quantité de bile distendait outre mesure. Le pouls était fréquent, et la peau chaude : la constipation était opiniâtre. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge; lavement; pédiluve.*) — Dès le lendemain, la fièvre n'existait plus. Pendant les trois jours suivans, la tumeur diminua d'abord, puis disparut ainsi que la douleur; l'ictère se dissipa, les selles se rétablirent, et le malade ne tarda pas à sortir très-bien portant.

*Réflexions.* — Cette observation, comparée à la précédente, nous offre avec celle-ci la plus grande analogie sous le rapport du début de la maladie et de ses symptômes. Dans l'un et l'autre cas, l'hypochondre droit est d'abord douloureux; il offre bientôt une tumeur circonscrite qui est évidemment la vésicule du fiel, puis un ictère avec fièvre se manifeste. Dans le premier cas, le

malade succombe à une péritonite, et l'on trouve dans l'engorgement inflammatoire du canal cholédoque, l'explication de tous les accidens qui ont préexisté à la phlegmasie du péritoine. Dans le second cas, ces mêmes accidens se dissipent promptement sous l'influence des antiphlogistiques, et le malade est rendu à la santé. L'identité des phénomènes doit, ce me semble, faire admettre ici l'identité de cause : dans ce second cas, comme dans le premier, la douleur et la tumeur de l'hypochondre, l'ictère, le mouvement fébrile, nous paraissent devoir être rapportés à l'oblitération inflammatoire du canal cholédoque. Résultat d'une phlegmasie aiguë, cette oblitération se dissipa à mesure que la résolution de la phlegmasie s'opéra. Citons maintenant d'autres cas dans lesquels l'inflammation, passée à l'état chronique, a donné lieu à une oblitération permanente.

III.e *Obs.* — *Ictère durant depuis plusieurs mois ; oblitération des canaux cholédoque et cystique ; rupture de la vésicule du fiel ; péritonite suraiguë.* — Un fort à la Halle, âgé de 64 ans, entra à la Charité dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1821. Trois mois auparavant cet homme avait été pris, sans cause connue, de vomissemens bilieux qui persistèrent pendant plusieurs jours. Ils cessèrent spontanément, mais ils furent remplacés par une diarrhée très-abondante qui dura pendant un mois environ, et épuisa le malade. Vers le milieu du mois de septembre, le flux du ventre diminua, mais les forces ne se rétablissaient pas ; l'appétit était à-peu-près nul, et les alimens étaient difficilement digérés. Le malade commença à s'apercevoir alors que les yeux et toute la surface du corps avaient une teinte jaune assez prononcée. Cependant, bien que perdant chaque jour son embonpoint et ses forces, il continua à travailler jusqu'avant les huit derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Il présenta alors l'état suivant :

Toute la peau était d'un jaune tirant un peu sur le vert; la maigreur était considérable ; la langue s'éloignait peu de son état naturel, mais il y avait anorexie complète, et le peu d'alimens qui étaient introduits dans l'estomac causaient à la région de l'épigastre une sensation de pesanteur et de chaleur qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Les selles étaient rares, d'une couleur gris-cendré. L'abdomen, palpé avec soin, ne présentait aucune tumeur; partout il était souple et indolent. Le pouls, sans fréquence le matin et dans le jour, s'accélérait un peu chaque soir. Des sangsues, appliquées à l'épigastre, ne rendirent pas les digestions plus faciles. Un vésicatoire, placé sur cette région, fut plus efficace. Le malade prenait pour toute nourriture du lait et quelques potages. Quinze jours environ après son entrée, l'état de l'estomac semblait s'être amélioré; le mouvement fébrile du soir était beaucoup moins prononcé, mais l'ictère persistait; les forces ne revenaient pas; la maigreur augmentait. On donna l'eau de Vichy, le petit-lait avec addition de crême de tartre, des pilules de mercure doux et de savon.

Un matin, en se plaçant sur son séant, le malade ressentit tout-à-coup comme *un déchirement* (c'était son expression) dans l'hypochondre droit. Quelques minutes après, une vive douleur se manifesta d'abord dans le flanc droit, puis dans tout l'abdomen. Lorsque le lendemain nous vîmes le malade, il présentait d'une manière non douteuse tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La manière brusque dont elle avait débuté, la sensation de déchirement bien caractérisée qu'avait éprouvée le malade, nous portèrent à penser que cette péritonite reconnaissait pour cause une perforation intestinale. (*Trente sangsues furent appliquées sur l'abdomen*). Dans la journée le malade s'affaissa rapidement; il succomba dans la nuit.

*Ouverture du cadavre.* — Une grande quantité de liquide

d'un gris sale, comme bourbeux, était épanchée dans le péritoine, que des concrétions membraniformes couvraient déjà en plusieurs points. L'estomac et le reste du tube digestif, examinés avec soin, ne présentèrent aucune perforation. Mais la vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, et comme atrophiée, offrait à sa face inférieure, non loin de sa grosse extrémité, une solution de continuité de la largeur d'une pièce de cinq sous environ. La surface interne de la vésicule ne présentait rien de remarquable, mais ses parois nous parurent être, dans toute leur étendue, remarquables par leur friabilité. En cherchant à pénétrer de l'intérieur de la vésicule dans le canal cystique, nous ne pûmes y parvenir. Incisant ensuite le canal cholédoque, pour remonter de ce canal dans le cystique, nous reconnûmes que la cavité de ces deux conduits était devenue si petite, qu'il était impossible d'y introduire le stylet le plus fin. Cette oblitération presque complète était le résultat de l'épaississement considérable qu'avaient subi leurs parois. Le canal hépatique au contraire était très-dilaté, et rempli de concrétions biliaires. Le tissu du foie n'offrit aucune altération appréciable. La membrane muqueuse de l'estomac était, dans toute son étendue, considérablement épaissie, d'un gris ardoisé et comme mamelonnée. Le tissu lamineux subjacent et la tunique musculaire participaient aussi d'une manière notable à cet excès d'épaisseur. La couleur ardoisée de l'estomac se continuait dans le duodénum. Le reste du tube digestif n'offrit point d'altération appréciable. Rien de remarquable dans les autres viscères des trois cavités, si ce n'est une couleur jaune très-prononcée de la dure-mère.

*Réflexions.* — Ici encore l'oblitération presque complète d'une partie des canaux biliaires, reconnut pour cause très-probable un état inflammatoire de ces canaux. Comme chez les sujets des précédentes observations, la

maladie se montra d'abord sous la forme d'une simple phlegmasie gastro-intestinale; comme chez eux, cette phlegmasie se propagea bientôt aux canaux biliaires, et de leur engorgement résulta l'ictère. Jusqu'à présent tout est analogue chez ces trois malades : mais de plus, chez celui-ci, l'inflammation passe à l'état chronique, et après plusieurs mois de durée, elle produit un épaississement tel des canaux biliaires, que si le malade eût encore vécu quelque temps, il est vraisemblable que leur oblitération eût été complète, et qu'on les eût trouvés tranformés en une sorte de cordon ligamenteux, comme l'observation suivante nous en offrira un exemple. L'oblitération du canal cystique explique pourquoi, dans ce cas, la vésicule, loin d'être distendue et de former tumeur, fut au contraire trouvée réduite à un très-petit volume. Ses parois ramollies et friables, semblaient d'ailleurs avoir participé à l'inflammation qui avait frappé les conduits cystique et cholédoque; seulement le travail inflammatoire qui avait rendu plus épaisses et plus dures les parois de ces conduits, avait au contraire ramolli les parois de la vésicule. Ne nous étonnons pas de ces deux effets opposés de l'inflammation dans les diverses parties d'un même tissu; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquens exemples. Ainsi, les mêmes symptômes de phlegmasie ayant existé, tantôt on trouve la muqueuse gastrique tellement ramollie, qu'elle ne forme plus qu'une sorte de pulpe inorganique; tantôt au contraire on la rencontre plus épaisse, plus dure que dans son état normal; il est même des individus chez lesquels on trouve réunis ces deux états morbides dans les diverses parties de leur estomac. La rupture des parois ramollies de la vésicule du fiel rentre donc ici dans les cas de l'espèce de perforations de l'estomac où la rupture des parois de ce viscère n'est que le dernier degré de leur ramollissement. Quant à la sensation de *déchirement* qu'éprouva le malade, elle

a été également observée chez d'autres individus, dans des cas de perforations de l'estomac ou de la vessie. Nous en avons cité ailleurs quelques exemples. (*Recherches sur l'Anatomie pathologique du canal intestinal.*)

IV.ᵉ *Obs.* — *Ancien ictère avec ascite; oblitération des canaux cholédoque et cystique; atrophie du foie.* — Un homme âgé de 50 ans, entra à la Charité vers le commencement du mois de décembre 1820. Depuis sept mois il était affecté d'ictère. Il assura n'avoir jamais ressenti de douleur en aucun point de l'abdomen : depuis trois mois environ, l'abdomen avait commencé à se tuméfier. Lorsque ce malade fut soumis à notre examen, toute la peau, ainsi que la conjonctive, présentait une teinte jaune, qui, à la face, tirait sur le vert. Une énorme ascite existait. Les membres abdominaux n'étaient que très-légèrement œdématiés. Les fonctions digestives ne présentaient d'autre altération qu'un défaut habituel d'appétit, et une constipation opiniâtre; les selles étaient peu consistantes, tout-à-fait décolorées. L'urine était peu abondante et verdâtre. Il y avait apyrexie complète. Les organes thorachiques paraissaient être sains. La gêne de la respiration, peu considérable, semblait dépendre uniquement du refoulement du diaphragme par le liquide du péritoine. Nous crûmes devoir rapporter l'ascite à une affection du foie. (*Tisanes et potions diurétiques; pilules de calomel et de savon; frictions sur les membres avec la teinture de digitale*). Pendant les dix ou douze jours suivans, l'état du malade n'offrit aucun changement; puis les traits de la face s'altérèrent tout-à-coup, et il succomba inopinément.

*Ouverture du cadavre.* — Encéphale généralement mou, comme abreuvé de sérosité, sans autre lésion. — Organes thorachiques très-sains. — Péritoine rempli par une énorme quantité de sérosité limpide, d'un jaune citron, n'offrant aucune trace d'inflammation.

Le foie est remarquable par son petit volume ; il est comme flétri, il offre assez la couleur grisâtre de l'olive ; il a d'ailleurs sa consistance ordinaire, et son tissu ne présente aucune autre altération appréciable. Des orifices divisés des canaux biliaires contenus dans l'intérieur du foie, découle en abondance une matière d'un beau vert, semblable à la résine de la bile, lorsqu'elle a été isolée des autres principes constituans de ce liquide. Les branches principales, qui par leur réunion vont former le canal hépatique, ainsi que ce canal lui-même, sont considérablement dilatées, et remplies de grumeaux de matière jaune, tels qu'on les obtient au moment où on les précipite de la bile par l'acide nitrique. Le canal hépatique présente une pareille dilatation jusqu'au point de sa réunion avec le cystique. Ce dernier conduit, ainsi que le cholédoque dans toute son étendue, est transformé en un cordon ligamenteux, dans lequel la dissection la plus exacte ne peut faire découvrir aucun reste de cavité. — La vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, est moulée sur une concrétion inégale, formée par de la matière jaune durcie. — La rate est très-volumineuse. Tous les autres organes, le tube digestif en particulier, paraissent être dans leur état physiologique.

*Réflexions.* — Chez ce malade, l'oblitération d'une partie des conduits biliaires était plus complète que chez les précédens. Les canaux cystique et cholédoque ne constituaient plus que de simples cordons ligamenteux, sans aucune trace de cavité. Quant à l'étiologie de cette espèce d'oblitération, elle est plus obscure que dans les cas précédemment cités ; et ce n'est plus que par analogie qu'on peut admettre ici l'inflammation comme cause vraisemblable de l'oblitération des conduits biliaires. Si cette inflammation a existé, elle a été sourde, latente, et rien ne prouve que la phlegmasie du canal cholédoque a été, comme dans les cas précédens, consécutive à une phleg-

masie gastro-intestinale. Si nous ne voulons pas nous égarer, efforçons-nous toujours d'assigner la limite qui sépare ce qui n'est que probable de ce qui est démontré. Nous ne ferons qu'indiquer ici plusieurs autres circonstances intéressantes de cette observation, telles que la différence d'aspect que présentait la bile dans les petites divisions et les grosses branches du canal hépatique, l'espèce d'isolement des deux principaux élémens de ce liquide (matière résineuse verte et matière jaune), l'état particulier du foie, état que l'on rencontre fréquemment chez les ascitiques, l'espèce de compensation qui existait entre la petitesse du foie et l'énorme volume de la rate, enfin la mort inopinée du malade. Ce genre de mort presque subite, sans agonie, sans trouble antécédent des fonctions du poumon ou du cerveau, est loin d'être rare chez les hydropiques, chez ceux surtout dont l'hydropisie est liée à un état du foie tel que celui dont il est ici question. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la cause immédiate de la mort nous échappe entièrement.

Des faits consignés dans ce mémoire, on peut tirer les conclusions suivantes :

1.° Plusieurs ictères, généralement attribués au spasme des canaux biliaires (*obs.* 1 et 2), sont le résultat de l'engorgement inflammatoire de ces canaux.

2.° L'engorgement inflammatoire des canaux biliaires est souvent consécutif à une inflammation gastro-intestinale.

3.° L'oblitération des canaux biliaires peut n'être que momentanée, ainsi que l'inflammation qui l'a produite. Si celle-ci persiste, l'oblitération peut devenir permanente par suite de l'épaississement des parois du canal, et enfin de sa transformation en un cordon ligamenteux.

4.° L'oblitération des canaux biliaires peut être ou générale ou partielle. On conçoit à cet égard la possibilité d'un grand nombre de variétés que des observations ulté-

rieures feront vraisemblablement connaître. Si le canal cholédoque est seul oblitéré, les autres conduits, gorgés de bile, peuvent acquérir une dilatation plus ou moins considérable. La distension, qu'ils éprouvent alors, peut être assez forte pour en déterminer la rupture. La vésicule du fiel, également distendue, vient faire saillie au-dessous des côtes, et former une tumeur de volume variable. Elle peut aussi se rompre, soit par l'excès de sa distension, soit par suite du ramollissement inflammatoire de ses parois.

---

## *Examen chimique des Upas; par MM.* PELLETIER *et* CAVENTOU.

TOUT le monde connaît ou a entendu parler des poisons connus sous les noms d'*Upas tieuté* et d'*Upas anthiar*, poisons terribles dont se servent les naturels de l'Archipel indien, et que l'on ne connaissait naguères que par les relations fabuleuses de quelques voyageurs. C'est à M. Leschenault que l'on en doit la connaissance immédiate. Ce savant naturaliste parvint à s'en procurer dans le pays même; il en fit préparer sous ses yeux, après en avoir lui-même recolté les matériaux, et il s'assura que ces poisons redoutables étaient fournis, l'un, l'*upas tieuté*, par un grand arbre, sorte de liane de la famille des strichnos; qu'il appela *strychnos tieuté*; l'autre, l'*upas anthiar*, par le suc gommo-résineux d'un grand arbre de la famille des urticées. Ce végétal forme un genre et une espèce nouvelle sous le nom d'*anthiaris toxicaria*. L'action de ces deux poisons sur l'économie animale avait été déjà suffisamment étudiée par deux savans physiologistes, MM. Magendie et Delille. Ils avaient prouvé que l'upas tieuté agit par absorption, que son action se porte sur la

moelle épinière et produit le tétanos, l'asphyxie et la mort. L'upas anthiar agit aussi sur le système nerveux, mais avec production de phénomènes différens, et qui se compliquent d'autres accidens tels que vomissemens violens et déjections alvines.

La connaissance de la composition chimique de ces deux poisons restait donc à acquérir; c'est ce qui fait le sujet du présent travail.

*De l'upas tieuté.* — L'upas tieuté est sous la forme d'un extrait solide, d'un brun rougeâtre, vu en masse; étendu en couches minces, il est d'un jaune orangé, translucide. Sa saveur est extrêmement amère, sans âcreté ni arrière-goût aromatique; il se dissout dans l'eau, en abandonnant une matière d'un rouge de brique, qui, bien lavée, est sans saveur. La dissolution est d'un jaune orangé, d'une amertume horrible. L'upas tieuté se dissout presque entièrement dans l'alcohol; mais l'éther sulfurique l'attaque à peine. Il n'est pas sensiblement soluble dans les huiles; il n'a point d'odeur marquée. Exposé à l'action du feu, il se ramollit d'abord, se dessèche ensuite; et si la chaleur est trop forte, il se décompose, se boursouffle, en dégageant une odeur fétide et empyreumatique.

La solution aqueuse de l'upas tieuté précipite par les alcalis, par la teinture aqueuse de noix de galle, les gallates et les oxalates alcalins. Ces précipités se dissolvent dans l'alcohol.

Ces premiers essais ne tardèrent pas à faire soupçonner quelle pouvait être la nature du principe actif de l'upas tieuté, en jugeant du moins par analogie et comparaison. En effet, nous ne tardâmes pas à extraire de ce poison une quantité considérable de strychnine, ainsi que nous le prouverons par un grand nombre d'expériences. L'examen chimique de ce poison nous a fourni une nouvelle preuve du danger qu'il y aurait à juger, dans la recherche des poisons, d'après un seul caractère, sans avoir

égard à tous les autres. Nous avions annoncé dans un mémoire précédent que la strychnine rougissait fortement par l'acide nitrique concentré. A notre grande surprise, nous trouvâmes dans l'upas tieuté une matière colorante jaune, *insipide*, qui prenait une teinte de sang par le même acide. Nous présumâmes alors la coexistence de cette matière avec la strychnine, et nous soupçonnâmes fortement que la propriété de rougir par l'acide nitrique, que nous avions préalablement attribuée à la strychnine, pourrait bien être due à cette matière jaune qui l'accompagne si intimement dans les strychnos. C'est ce que l'expérience confirma. Nous vîmes que plus la strychnine est pure et moins elle rougit par l'acide nitrique. Enfin nous parvînmes à isoler, dans l'upas tieuté, complètement la matière jaune rougissante de la strychnine. Il suit de cette remarque importante, que la propriété de rougir par l'acide nitrique n'appartient donc pas à la strychnine; mais bien à la matière jaune qui l'accompagne.

Cette observation bien vérifiée, nous nous assurâmes si la brucine et la morphine ne devaient pas de même la propriété de *rougir*, à une cause analogue. Après un grand nombre d'essais, nous restâmes convaincus que la brucine et la morphine devaient cette propriété à elles-mêmes. En effet, quelque blanches et bien purifiées qu'elles soient, elles rougissent toujours par l'acide nitrique. Cependant nous rappellerons à ce sujet le moyen propre à distinguer ces deux bases, malgré cette propriété commune; moyen que nous avions publié dans nos précédens mémoires sur les poisons végétaux. Il consiste à faire chauffer l'acide nitrique et la brucine, ou la morphine, jusqu'à disparition de la couleur rouge, et alors d'ajouter dans la liqueur une assez forte dose d'hydrochlorate de protoxyde d'étain. A l'instant il se développe une superbe couleur *violette* si on opère avec la brucine, tandis qu'avec la morphine, la couleur jaune qui a succédé à la couleur rouge par l'action de la chaleur, ne change point.

Ainsi les moyens de distinguer chimiquement ces trois bases, strychnine, brucine et morphine, sont donc simplifiés.

Nous ne terminerons pas ce qui a rapport à l'upas tieuté, sans parler de l'acide auquel la strychnine est combinée dans ce poison, de la matière colorante brune, et de quelques expériences physiologiques qui prouvent l'énergie puissante de la strychnine sur l'économie.

Nous croyons, sans pouvoir l'assurer, que la strychnine est combinée dans l'upas tieuté, à l'acide qu'on a appelé dans le temps, *acide igasurique*. C'est cet acide qui sature la strychnine dans la noix vomique et la fève Saint-Ignace.

Quant à la matière colorante brune, elle est intéressante à connaître, parce qu'elle paraît être commune à plusieurs végétaux doués de quelqu'énergie. C'est elle que l'on rencontre sur l'écorce de fausse angusture, et sur celle du pseudo-kina dernièrement analysé par M. Vauquelin. Elle paraît être aussi identique avec la matière qui a dernièrement été signalée dans l'analyse du tanguin, poison de Madagascar. Elle a pour propriété caractéristique de devenir d'un vert émeraude magnifique par l'action de l'acide nitrique, ce qui pourrait lui faire donner le nom de *strychochromine*.

Quant à l'action de la strychnine de l'upas sur l'économie animale, elle est presque foudroyante. M. Andral fils en a injecté un quart de grain délayé dans un peu d'eau, dans la plèvre d'un lapin. Au bout de quinze secondes, l'animal a éprouvé une seule, mais terrible attaque de tétanos, dans laquelle il a péri. L'expérience a été répétée sur un second individu, avec un quart de grain dissous dans un peu d'acide acétique aqueux; l'effet a été encore plus prompt et plus terrible.

*De l'upas anthiar.* — Il ne nous a pas été possible d'étendre nos recherches sur l'upas anthiar aussi loin que

sur l'upas tieuté; la matière nous a manqué. Toutefois nous avons pu en reconnaître assez bien la nature, pour n'avoir point de doute sur sa composition comparée à celle de l'upas tieuté. L'upas anthiar était en masse d'un brun légèrement rougeâtre, ayant la consistance et l'apparence d'une matière cireuse. Sa saveur était des plus amères. Cette amertume n'était pas franche, comme celle de l'upas tieuté ; elle se compliquait d'âcreté. Ces deux sensations étaient suivies d'une sorte d'engourdissement de la langue et de l'intérieur de la bouche. L'anthiar n'était qu'imparfaitement soluble dans l'eau, et formait une sorte d'émulsion; l'éther n'en dissolvait qu'une partie, l'alcohol le dissolvait davantage. L'anthiar, chauffé à feu nu, se comportait à très-peu près comme l'upas tieuté.

Nous avons extrait de ce poison une matière blanche, élastique, insoluble dans l'eau froide ou bouillante, et se ramollissant dans celle-ci de manière à prendre l'aspect, la consistance et la viscosité du mucus nasal. Nous avons encore extrait une matière gommeuse analogue à la bassorine. Enfin, nous avons obtenu une substance crystalline, acide au tournesol, très-soluble dans l'eau et l'alcohol, insoluble dans l'éther, et d'une amertume épouvantable. Nous avons examiné attentivement cette matière crystalline, parce qu'elle constituait à elle seule toutes les propriétés si énergiques de l'upas. Elle paraît toutefois être un sel acide à base d'alcali végétal encore inconnu.

Nous avons voulu connaître l'action qu'aurait cette matière sur l'économie animale; déjà nous avions été convaincus de son activité : l'un de nous ayant goûté un peu trop légèrement de cet upas, avait éprouvé, en outre des sensations déjà décrites, des douleurs d'estomac et d'entrailles, qui ne cédèrent qu'à une diète rigoureuse continuée pendant plusieurs jours. De plus, aidés dans cette partie de leur travail par M. Andral fils, dont le zèle est

bien connu, nous nous sommes livrés à quelques recherches physiologiques dont voici un extrait : un quart de grain d'upas anthiar fut injecté dans la plèvre d'un lapin. Pendant les douze premières minutes qui suivirent l'injection, aucun symptôme ne fut observé; mais au bout de la douzième minute, l'animal commença à avoir des nausées, puis ses membres antérieurs fléchirent, il tomba sur le côté, les muscles des membres et de la face furent agités de mouvemens convulsifs; il mourut dix-sept minutes après l'injection du poison. Un quart de grain de la matière crystalline désignée plus haut fut de même injecté dans la plèvre d'un lapin. Au bout de trois minutes, l'animal fut pris de violentes convulsions; il eut des nausées, et mourut au bout de cinq minutes, etc.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur les propriétés des upas, et nous terminerons par les conclusions suivantes, qu'on peut tirer des faits précédemment exposés : 1.° C'est à la strychnine que l'upas tieuté doit ses propriétés actives ; 2.° c'est à un nouvel alcali végétal, encore imparfaitement connu, que l'upas anthiar doit sa propriété délétère; 3.° enfin, les expériences physiologiques, indiquant un mode d'action différent entre les deux upas, sont d'accord avec les expériences chimiques qui prouvent une différence de nature entre ces deux affreux poisons.

---

*Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydropisie ascite compliquant la grossesse; par* C. P. Ollivier, *d'Angers, D.-M.-P.*

Le plus souvent le travail de la gestation ne détermine chez la femme que de simples changemens qui n'altèrent pas sa santé d'une manière appréciable. Mais il arrive

aussi quelquefois qu'il donne lieu à des accidens plus ou moins fâcheux, dont le développement coïncide avec le commencement de la grossesse, ou qui se manifestent plus tard. L'un des plus graves est sans contredit l'hydropisie ascite qui, indépendamment de l'incommodité très-pénible produite par l'infiltration des membres inférieurs qui existe toujours alors, entretient la malade dans un état d'anxiété continuelle, avec des menaces d'une suffocation qui devient de plus en plus imminente à mesure que l'accumulation du liquide augmente davantage. C'est ordinairement dans le sixième mois que ces symptômes se prononcent d'une manière effrayante, ce qui résulte, je pense, de l'accroissement plus rapide que prend alors l'utérus dont le fond s'élève à deux pouces au-dessus de l'ombilic.

L'accumulation de sérosité, qui jusque-là avait été peu sensible, distend l'abdomen outre mesure, de manière que les hypochondres sont singulièrement élevés et tuméfiés, *l'ombilic saillant*, malgré qu'on cherche à modérer les progrès de l'exhalation morbide par les diurétiques actifs, les hydragogues, etc., remèdes qui sont ordinairement alors sans effet, et dont il ne faut user d'ailleurs qu'avec la plus grande circonspection, à cause de l'état de gestation. On observe en même temps des défaillances réitérées, l'anorexie, l'impossibilité de rester couchée, une insomnie continuelle, une difficulté tellement grande de la respiration qu'on craint à chaque instant de voir la malade périr de suffocation. Des symptômes aussi fâcheux, causés par l'énorme distension du bas-ventre et la compression consécutive des organes respiratoires, ne peuvent être dissipés que par l'évacuation du liquide contenu dans la cavité péritonéale. Mais, dans cette circonstance, l'état de grossesse ne permet pas de pratiquer la paracentèse dans aucun des divers points d'élection indiqués par les auteurs pour l'hydropisie ascite ordinaire ; parce que,

quelle que soit l'abondance du liquide et l'amincissement des parois abdominales, on a lieu de craindre la lésion de l'utérus, quoiqu'elle ne produise pas toujours des accidens aussi graves que quelques praticiens l'ont pensé. D'un autre côté, il suffit d'avoir été spectateur des angoisses et du danger imminent de suffocation, auxquels sont alors exposées les femmes enceintes, pour juger combien est insuffisant le procédé proposé par *Chambon* (1), qui veut qu'on se borne à faire des scarifications aux jambes et aux pieds, comme si l'on pouvait évacuer promptement la sérosité accumulée dans le bas-ventre à l'aide d'un moyen dont l'effet est si lent et l'issue aussi incertaine.

Ce sont ces diverses considérations, et surtout l'examen des symptômes observés par M. *Scarpa* sur une femme dont la grossesse était compliquée d'ascite, qui ont engagé ce célèbre chirurgien à pratiquer la ponction dans un point de l'abdomen que jusqu'alors aucun praticien n'avait indiqué (2).

*Obs. I.*re Le sujet de cette observation était une femme âgée de trente ans, sur laquelle l'hydropisie, qui se manifesta consécutivement à la grossesse, fit des progrès rapides, de telle sorte que dans les premiers jours du sixième mois, tous les accidens énumérés plus haut se déclarèrent. Quand M. *Scarpa* la vit, elle était presque agonisante; la peau du ventre était livide, amincie; *l'ombilic proéminent*; les hypochondres très-élevés et tuméfiés; les membres inférieurs gonflés de manière que la peau menaçait de se rompre. L'élévation du col de l'utérus, et les symptômes des premiers mois de la conception, ne laissaient aucun doute sur la grossesse, quoique la femme n'eût senti jusqu'alors aucun mouvement produit par le fœtus. D'ailleurs, on reconnaissait évidemment un épan-

(1) *Maladies des femmes.*

(2) Voyez *Mélanges de chirurgie étrangère*, tome 1.er

chement de sérosité dans l'abdomen ; mais le choc des eaux, produit par la percussion, n'était pas égal partout ; il était faible et obscur à l'hypogastre et dans les côtés, manifeste aux hypochondres supérieurs, fort et vibrant, pour ainsi dire *à fleur de peau*, dans l'hypochondre gauche, près du bord des cartilages des fausses côtes.

Comme il n'était pas certain qu'il y eût hydropisie de l'utérus avec l'hydropisie ascite qui était évidente, et que l'imminence du danger causé par la suffocation nécessitait une prompte évacuation du liquide, le professeur Scarpa se décida à pratiquer seulement la paracentèse de l'abdomen. Ayant remarqué qu'on sentait, plus manifestement qu'ailleurs, la fluctuation et le choc des eaux dans l'hypochondre gauche près du bord des fausses côtes, ce fut dans cette région, quoique inusitée pour cette opération, qu'il perça l'abdomen avec la certitude de ne blesser ni le corps de l'utérus, ni aucun des viscères qui l'entourent. En effet, le trois-quarts fut introduit entre le côté externe et supérieur du muscle droit et le bord des fausses côtes de l'hypochondre gauche, et donna issue à dix à douze pintes d'une eau limpide et inodore. Après cette évacuation, la malade, au lieu de se trouver mal, reprit au contraire de la force et de l'énergie ; la respiration devint plus facile, et l'écoulement du liquide laissa distinguer facilement au toucher la circonférence de l'utérus fécondé. La malade s'endormit profondément pendant trois heures, après avoir pris une tasse de bouillon et quelques cuillerées de vin généreux : évacuation abondante d'urine dans le reste de la journée et pendant la nuit. Le lendemain, sueur générale, retour de l'appétit. La nuit suivante, accouchement de deux enfans, qui moururent au bout de quelques instans : il y avait eu une énorme quantité d'eaux expulsées en même temps. Tout se termina d'ailleurs parfaitement. Le dixième jour après l'opération, la piqûre était cicatrisée, et le gonflement

des membres considérablement diminué. Le quatorzième jour, convalescence complète. Cette femme eut, peu d'années après, deux couches très-heureuses.

M. Scarpa fait remarquer que, quelque dangereuse que paraisse d'abord cette opération dans le point où elle fut pratiquée, elle ne l'était effectivement pas d'après toutes les circonstances du cas rapporté, puisque le choc de l'eau dans l'hypochondre gauche, qui était tuméfié et relevé, se sentait à une très-petite profondeur sous la peau ; d'ailleurs, la position du fond et du corps de l'utérus fécondé, au commencement du sixième mois, relativement à la situation des viscères abdominaux repoussés vers la partie supérieure du bas-ventre et contre le diaphragme, oblige les eaux répandues dans toute cette cavité à se rassembler en haut, et précisément dans la région des hypochondres. Enfin, il ajoute qu'il suffit de jeter un coup-d'œil sur les planches de Hunter (1), pour avoir toute la sécurité possible en pratiquant la paracentèse dans l'hypocondre gauche. On y voit, en effet, le corps et les côtés de l'utérus fécondé, appliqués à la paroi antérieure de l'abdomen et à celle des flancs, tandis que le fond de ce viscère regarde le dos. Au-dessus de l'ombilic, vers le diaphragme, sont les intestins grêles, le colon transverse, l'épiploon, l'estomac, le foie, la rate, parce qu'ils y trouvent moins de résistance que dans aucune autre partie de l'abdomen. La sérosité épanchée dans cette cavité n'a donc pas de plus grand espace où elle puisse se rassembler, qu'entre le fond et la paroi postérieure de l'utérus et les viscères poussés vers le diaphragme, c'est-à-dire, précisément dans les hypochondres, où l'on perçoit très-distinctement le flot et le choc du liquide; c'est surtout dans l'hypochondre gauche, parce que la rate y occupe un espace moindre que le foie, que l'ondulation forte et

(1) *De utero gravido*, pl. I, VIII.

*vibratile* qu'on y distingue entre la partie supérieure du bord externe du muscle droit, et le bord des fausses côtes, désigne positivement le lieu d'élection pour la ponction, sans qu'on ait à craindre la lésion du fond ou du corps de l'utérus.

Le docteur Cruch (1), chirurgien de l'hôpital de Pavie, a pratiqué ainsi deux fois la paracentèse dans le cas de grossesse compliquée d'ascite, et les résultats qu'il a obtenus ont confirmé pleinement l'opinion du professeur Scarpa. En outre, l'inspection du cadavre de l'une des deux accouchées, qui succomba à la suite d'accidens dépendans de l'accouchement, fit voir que l'instrument avait pénétré dans la cavité du ventre, trois doigts au-dessous du bord des fausses côtes, à-peu-près au milieu de la ligne transversale de l'hypochondre gauche: sa direction était au-dessous du siége du colon transverse, et par conséquent du fond de l'estomac et de l'extrémité inférieure de la rate; en sorte qu'aucun des viscères situés dans l'hypochondre gauche, et bien moins encore le fond de l'utérus fecondé, qui se porte en avant, ne se sont trouvés exposés aux atteintes du trois-quarts: en outre, l'amas du liquide tenait les viscères de cette région écartés les uns des autres, de telle sorte que le colon transverse, le fond de l'estomac et la rate, étaient situés en haut vers le diaphragme; en arrière, vers le rachis, était la masse des intestins grêles; en avant, le fond de l'utérus développé. Or, si l'on a trouvé ce rapport des parties chez l'accouchée après l'évacuation des eaux, combien devait-il être encore plus favorable au moment de la ponction? La seconde malade opérée par le docteur Cruch, accoucha six jours après l'opération, de deux enfans morts, et se rétablit entièrement. La première était accouchée le

(1) Voyez *Annal. univ. di med.*, N.° 47.

troisième jour après l'opération, dans le neuvième mois de sa grossesse, d'un enfant faible, mais très-vivant.

On ne peut contester sans doute les avantages du mode opératoire mis en pratique par M. le professeur Scarpa ; mais je ne pense pas, comme le docteur Cruch, qu'on doive en induire que cette manière d'exécuter la paracentèse doit être préférée et mise en usage exclusivement dans les cas de grossesse compliquée d'ascite. En effet, il existe presque toujours dans cette hydropisie une circonstance particulière qui désigne en quelque sorte le lieu d'élection pour la paracentèse. L'extension graduée des parois abdominales donne lieu à un élargissement plus ou moins grand de l'ombilic, et le liquide, en poussant le péritoine à travers cette ouverture, soulève et distend la peau de cette cicatrice, de manière qu'elle forme une tumeur saillante, renitente, qui a quelquefois la grosseur d'un œuf de poule ; l'amincissement extrême des parois de ce sac, qui sont formées par la peau et le péritoine seulement, rend la tumeur translucide, et sa ponction plus facile et moins douloureuse ; de sorte que beaucoup d'auteurs ont donné le conseil de la pratiquer dans ce lieu. Cependant Heister et Morgagni (1) pensent qu'il est désavantageux de percer la peau de l'ombilic, parce que les plaies de cette partie guérissent difficilement ; qu'il faut placer la malade dans une position incommode pour favoriser la sortie du liquide ; et que, la cicatrisation de la petite plaie ne s'effectuant pas, l'écoulement des eaux a lieu pendant trop long-temps.

Ces opinions ont été complètement réfutées par Sabatier, qui a fait observer que dans le cas où cette dernière circonstance existerait, loin de nuire au malade, elle ne pourrait que lui être utile en prévenant une nouvelle accumulation de sérosité, et en donnant aux parois de

(1) *Voyez* Sabatier, *Méd. Opér.*, t. 2, p. 476, nouvelle édit.

l'abdomen la liberté de reprendre leur ressort, et d'exercer leur pression accoutumée sur les parties contenues dans cette cavité. En outre, il est toujours certain que des crevasses spontanées à l'ombilic sur des individus affectés d'hydropisie ascite et qui ont donné lieu à de longs écoulemens de liquide, ont été suivies de la guérison de l'hydropisie. Quoi qu'il en soit, c'est l'expérience qui doit prononcer en semblable matière, et l'observation que je vais rapporter démontrera que la ponction à l'ombilic, dans le cas de grossesse compliquée d'ascite, offre au moins autant d'avantages que celle pratiquée dans l'hypochondre gauche, et qu'elle donne, encore bien moins que cette dernière, l'inquiétude de léser quelque organe important.

*Obs.* II. — Anne Chartier, âgée de trente-un ans, d'une constitution assez robuste, occupée journellement aux travaux de la campagne, avait toujours éprouvé de fréquentes irrégularités dans la menstruation, lorsqu'elle se maria dans le mois de décembre 1816. Au mois d'avril 1817, les premiers symptômes de la grossesse se manifestèrent, et parurent bientôt accompagnés d'une hydropisie ascite dont les progrès devinrent de plus en plus sensibles, de manière qu'au sixième mois l'enflure du ventre avait pris un tel accroissement, et l'infiltration des membres inférieurs était si considérable, qu'étant dans l'impossibilité de marcher et de continuer ses travaux, qu'elle n'avait pas interrompus jusques-là, elle fut forcée de rester au lit pendant les trois derniers mois, au bout desquels l'accouchement eut lieu très-heureusement et en trois heures de temps. L'enfant, du sexe masculin, quoique très-faible à sa naissance, n'en exista pas moins depuis cette époque. Un mois après, la ponction fut pratiquée et donna issue à treize pintes d'une eau claire et limpide. L'anasarque disparut en peu de temps, de même que l'ascite dont la guérison complète permit bientôt à

Anne Chartier de reprendre ses travaux accoutumés. Elle jouissait d'une santé parfaite malgré les fatigues extrêmes qu'elle avait supportées pendant la moisson, lorsqu'elle devint enceinte de nouveau, en décembre, même année. Alors, apparition d'une nouvelle hydropisie ascite dès les premiers temps de la gestation, et dont les symptômes accrurent progressivement d'intensité jusqu'au septième mois. Les membres inférieurs avaient acquis un développement énorme, et l'ascite était parvenue à un tel point, que la malade menacée plusieurs fois de périr de suffocation, se détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 13 juillet 1818. Elle offrait alors les symptômes suivans:

Bouffissure et lividité de la face; infiltration des membres et des parois thoraciques; abdomen énormément distendu, avec infiltration de ses parois, et impossibilité de sentir l'utérus. Toute la peau du bas-ventre et de l'éminence sus-pubienne, quoique tendue et luisante, avait un aspect tuberculeux comme dans l'éléphantiasis, et qui me sembla résulter à la fois des vergetures produites par la première grossesse, qui formaient des dépressions sinueuses, multipliées et profondes, et de l'infiltration des aréoles du derme qui étaient soulevées et distendues par la sérosité. *L'ombilic formait une tumeur lisse, arrondie, translucide, offrant la forme et le volume d'un petit œuf de poule*, et dont le plus grand diamètre répondait à l'anneau également élargi, de manière qu'il ne produisait pas de rétrécissement circulaire à la base de la tumeur. Les grandes lèvres étaient énormément tuméfiées, infiltrées, et le siége d'une irritation douloureuse, résultant de leur froissement continuel et du passage de l'urine. Les membres inférieurs, excessivement infiltrés, avaient acquis un volume considérable: à un pouce du pli de l'aîne, chaque cuisse avait deux pieds quatre pouces de circonférence. La respiration était anhéleuse, sifflante et très-

douloureuse, de sorte que la malade était obligée de rester assise le jour et la nuit dans un fauteuil, la tête et la poitrine élevées, sans que cette position empêchât d'ailleurs de voir renouveler par intervalles assez rapprochés les menaces d'une suffocation imminente, auxquelles se joignaient des lipothymies fréquentes. Cet état d'angoisse continuelle était exaspéré par une céphalalgie très-violente, une insomnie pendant la nuit que rien ne pouvait faire cesser, et à laquelle succédait pendant le jour une somnolence habituelle. En outre, toux sèche, pénible, avec expectoration difficile de quelques crachats muqueux et jaunâtres. Épigastre douloureux dans les mouvemens que fait la malade, anorexie, soif intense, déglutition facile, nausées, déjections alvines liquides assez fréquentes, urines rares, pouls petit, fréquent et irrégulier.

Jusqu'au 20 juillet, ces accidens furent constamment les mêmes, malgré l'usage intérieur des diurétiques et des calmans sous toutes les formes. Les syncopes devenaient plus fréquentes; la respiration était incessamment suffocante. Enfin, le 21, l'orthopnée parvint à un tel degré que la ponction fut impérieusement commandée par le danger imminent que courait la malade. Malgré l'énorme distension de l'abdomen, qui empêchait de sentir l'utérus, aucun point ne parut plus avantageux pour évacuer les eaux, que l'ombilic qui, comme je l'ai dit plus haut, formait une saillie remarquable. La tension et le peu d'épaisseur des tégumens dans cette partie, déterminèrent à employer simplement la lancette, qui fut enfoncée à la même profondeur et de la même manière que pour pratiquer une saignée, à la partie moyenne et inférieure de la tumeur, à la distance d'un demi-pouce de la circonférence de l'anneau ombilical : on avait fait coucher la malade un peu de côté et inclinée en avant. On avait essayé d'abord de faire la ponction avec un trois-quarts,

mais la tumeur fuyant sous l'instrument, et s'enfonçant dans l'abdomen par l'ouverture ombilicale, on craignit de blesser l'utérus, et cette circonstance décida à se servir simplement de la lancette, comme je viens de le dire. L'eau jaillit aussitôt à plus de cinq pieds de distance; elle était limpide et claire comme l'eau distillée dont aucune teinte n'altère la transparence; il en sortit par un jet continu seize livres environ, et l'on put alors distinguer manifestement l'utérus, dont le fond était bien au-dessus de l'ombilic. A peine l'eau commença-t-elle à s'écouler, que la malade, au lieu d'éprouver quelque défaillance, se sentit excessivement soulagée. La respiration devenait à chaque instant moins pénible et plus facile, et tous les accidens qu'elle éprouvait se dissipèrent peu à peu.

Pendant douze jours, la sérosité continua de couler par la petite plaie qui se cicatrisa d'elle-même, et qui était complètement fermée le treizième jour. Insensiblement les accidens se renouvelèrent, avec l'accumulation nouvelle de sérosité. Une seconde ponction fut pratiquée le 20 août, de même que la première, et donna issue à huit livres de liquide semblable à celui qui avait été déjà évacué, et en procurant le même soulagement. Le 22 août (un mois après la première ponction), les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, et après quelques heures de travail, elle accoucha naturellement d'un enfant du sexe masculin, faible, mais très-vivant. L'écoulement des lochies et la fièvre de lait s'établirent sans aucun accident; le ventre, qu'on maintint serré et comprimé à l'aide d'un large bandage de corps, revint insensiblement sur lui-même. La sérosité suinta pendant quelques jours par la petite plaie qui se cicatrisa promptement. Enfin, quinze jours après l'accouchement, elle sortit de l'hôpital, parfaitement guérie de l'hydropisie dont il ne restait plus de traces, non plus que de l'œdé-

matie des membres inférieurs et supérieurs. J'ai appris depuis que son enfant était mort au bout d'un mois, et qu'elle-même avait succombé deux mois plus tard, à la suite de la pneumonie dont elle avait offert les symptômes pendant son séjour à l'hôpital.

On voit, d'après les détails de cette observation, que la paracentèse pratiquée ainsi à l'ombilic, est l'opération la plus simple et la plus facile. Je ne pense pas qu'on puisse lui comparer sous ce double rapport le procédé de M. le professeur Scarpa; car il est certain que plus d'un praticien hésitera à plonger un trois-quarts dans l'hypochondre gauche, tandis que personne ne balancera un instant à faire une moucheture à l'ombilic. On peut objecter que la réussite des trois cas dans lesquels cette méthode a été mise en usage, démontre son innocuité; mais ne peut-il pas arriver que par suite de péritonite ancienne, une partie des viscères contenus dans la cavité du ventre ait contracté des adhérences dans cette région avec les parois abdominales. Je n'émets pas ici une simple hypothèse, mais un fait dont on voit des exemples fréquens; or, dans ce cas, l'instrument peut atteindre un de ces organes, et donner lieu à des accidens graves. En outre, si la grossesse est voisine de son terme, au huitième mois, par exemple, comme dans l'observation que j'ai rapportée, ne peut-on pas craindre de blesser l'utérus lui-même, dont le fond est alors très-voisin des hypochondres, quoiqu'il soit éloigné davantage alors de la base de la poitrine par l'accumulation de la sérosité?

S'il existait quelque adhérence entre l'ombilic et une anse d'intestin, on pourrait facilement s'en assurer à travers les parois de la tumeur, qui n'ont que l'épaisseur d'une feuille de papier, et dont on voit facilement l'intérieur en plaçant derrière elle une bougie allumée, comme on le fait pour s'assurer de l'existence de l'hydrocèle. On conçoit que, sans une adhérence ancienne, une anse

intestinale ne peut rester engagée dans l'anneau dilaté, puisque tous les intestins sont refoulés en arrière contre le rachis, comme on l'a vu dans l'observation du docteur Cruch; et quand bien même il y en aurait une portion d'engagée, on ne courrait pas les risques de la blesser, puisqu'on donne issue au liquide par une incision qui n'a pas une ligne de profondeur. Il est inutile de placer une canule dans la petite ouverture pour faciliter l'écoulement de la sérosité; car elle sort très-bien sans cette précaution ; et d'ailleurs, la densité et l'extrême amincissement des parois de la tumeur s'opposent à ce que ce liquide s'infiltre dans les parois du ventre. En pratiquant l'incision à la partie inférieure et moyenne de la tumeur, on ne peut aucunement craindre de léser la veine ombilicale, qui, au rapport de Haller, reste quelquefois perméable au sang, de telle sorte qu'elle a donné lieu dans certains cas à des hémorrhagies dangereuses.

Enfin, on ne peut objecter contre la ponction pratiquée ainsi à l'ombilic, la difficulté de la cicatrisation d'une plaie de deux ou trois lignes de longueur, faite dans cette région, puisque nous avons vu qu'elle s'opère d'elle-même et promptement. Le fait suivant, qui m'a été communiqué par M. Bigot, médecin à Angers, prouvera d'ailleurs que cette difficulté de la cicatrisation dans les tumeurs de l'ombilic, est tout-à-fait illusoire.

*Obs.* III. — Une femme, âgée de 36 ans environ, vint le consulter pour une hydropisie ascite dont elle était affectée depuis quatre années, et qui s'était développée à la suite d'un accouchement heureusement terminé. Au bout de quelques mois, l'ascite était parvenue à un tel degré, qu'elle avait nécessité la ponction, qui fut pratiquée du côté gauche. La malade se sentit parfaitement soulagée, et depuis elle reprit ses occupations habituelles, auxquelles elle se livra, quoiqu'avec peine, à cause de son peu de forces et des coliques qui la tourmentaient de

temps en temps. Depuis cette opération, l'ombilic s'est progressivement développé par la sérosité de l'abdomen, qui s'est peu à peu accumulée dans cette partie, de telle sorte qu'à l'époque où M. Bigot l'observa, il existait une tumeur flasque qui offrait le volume d'une tête d'adulte, et descendait de l'ombilic jusqu'au pubis ; ce qui donnait extérieurement au bas-ventre, recouvert par les vêtemens, l'aspect qu'il présente dans une grossesse avancée. Le liquide contenu dans cette tumeur rentre facilement dans l'abdomen par les pressions qu'on exerce, et les parois en sont si minces que cette femme se fait elle-même la ponction avec une plume à écrire. Les cicatrices de ces piqûres répétées ressemblent à celles des piqûres de sangsues. Cette femme avait pratiqué cette opération au moins quinze ou vingt fois de la même manière et sans aucun inconvénient. La cicatrisation s'opérait à chaque fois, aussitôt que la sérosité cessait de s'écouler.

Je suis loin de conclure de tout ce qui vient d'être exposé, que la paracentèse ne doive jamais être pratiquée dans l'hypochondre gauche; je pense, au contraire, que cette région doit être le lieu d'élection quand la femme est affectée d'une hernie ombilicale ancienne, avec adhérence des intestins au sac herniaire, de même que dans le cas, bien plus rare encore, où l'ombilic ne formerait pas de tumeur, tandis que les hypochondres seraient tuméfiés et élevés. Mais lorsque cette complication de l'exomphale n'existe pas, et que l'ombilic est *proéminent*, comme chez le sujet de l'observation de M. le professeur Scarpa, nul doute qu'il soit alors préférable de donner issue à la sérosité par une simple mouchetture faite à la partie inférieure de la tumeur ombilicale. Les divers exemples que j'ai rapportés prouvent d'ailleurs, que dans l'ascite qui accompagne la grossesse, il est avantageux de recourir à la paracentèse qui met constamment un terme aux accidens très-graves causés par la suffocation. Il est

vrai que le plus souvent l'évacuation de la sérosité hâte l'accouchement. Néanmoins on a vu dans la deuxième observation, qu'il n'eut lieu qu'au neuvième mois, et cependant la ponction avait été pratiquée un mois auparavant. Quoi qu'il en soit, cette considération ne doit pas empêcher le praticien de donner promptement issue au liquide, dont l'accumulation toujours croissante déterminerait indubitablement des accidens mortels.

---

*Observation d'une duplicité de l'utérus et du vagin, suivie de quelques remarques sur ce vice de conformation et la superfétation; par* A. L. CASSAN, *interne des hôpitaux civils de Paris.*

UNE femme, âgée de trente ans, mourut dans le mois d'août 1823, à la Maison royale de santé, dans les salles de M. Duméril, après avoir offert tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. A l'ouverture du cadavre, je fus frappé d'une disposition particulière du péritoine, qui semblait partager l'utérus en deux lobes, et je reconnus bientôt que cet organe était évidemment double. J'examinai alors les parties génitales externes, qui n'offraient rien de remarquable dans leur conformation. L'entrée du vagin était large, la membrane hymen était détruite, et je pus toucher facilement l'orifice de l'utérus avec l'extrémité du doigt. En écartant un peu les petites lèvres, je trouvai à un pouce au-dessus de l'orifice du vagin, une cloison qui divisait verticalement ce canal en partie droite et en partie gauche; elle était repoussée à droite, ce qui donnait au vagin gauche une largeur remarquable, et attestait qu'il avait seul admis l'introduction du pénis. La longueur de l'un et l'autre vagins était de cinq pouces environ; la cloison médiane était épaisse d'une ligne et for-

mée par l'adossement de la membrane muqueuse de chaque vagin, de manière qu'on pouvait les faire glisser l'une sur l'autre en pressant la cloison entre deux doigts.

A la partie inférieure de la vulve qui, comme on l'a vu, était unique, et de chaque côté de la ligne médiane, existait un tubercule saillant, épais, séparé de son semblable par des lignes transversales. La membrane muqueuse des deux vagins présentait des rides circulaires très-prononcées; parallèles entre elles et interrompues par une ligne longitudinale qui régnait sur la partie moyenne de la cloison. On observait entre ces rides circulaires un grand nombre de rugosités qui affectaient toutes sortes de directions. En avant de la cloison médiane, le vagin offrait un diamètre transversal considérable.

A l'extérieur de l'utérus, on voyait un repli du péritoine, analogue au ligament suspenseur du foie, tendu comme lui, contenant l'ouraque dans son bord antérieur et composé de deux feuillets adossés, qui se portait de la face postérieure de la vessie à la partie antérieure et supérieure du vagin, de là passait sur la paroi antérieure, le bord supérieur et la paroi postérieure de l'utérus, et se terminait en se fixant à la face antérieure du rectum, qui descendait verticalement dans l'excavation du petit bassin. Les deux feuillets de ce repli du péritoine tapissaient les deux faces de chaque lobe utérin, et formaient par leur adossement les ligamens larges sur les parties latérales de chaque utérus. Il résultait de cette disposition, que le petit bassin était divisé en deux cavités, l'une antérieure et l'autre postérieure: la première, plus grande, était subdivisée en partie gauche et droite par le repli du péritoine décrit plus haut; et la seconde, plus petite, était également subdivisée par le même repli qui s'étendait de la face postérieure de l'utérus au rectum.

Le corps de l'utérus offrait une étendue transversale de

quatre pouces quatre lignes ; il était formé de deux lobes ovalaires, un peu aplatis de devant en arrière, de dix lignes d'épaisseur, ayant chacun le volume d'un utérus ordinaire, et réunis seulement par leur plus petite extrémité. Il résultait de cette réunion que l'utérus bilobé offrait dans son ensemble un corps étranglé à sa partie moyenne, dont le bord supérieur, arrondi, était concave à son milieu et convexe à ses extrémités. Le bord inférieur avait la même étendue que le bord supérieur ; il était un peu moins convexe que lui vers ses extrémités, et présentait aussi dans son milieu une concavité de deux pouces d'étendue, et interrompue à sa partie moyenne par la saillie du col. Les bords latéraux n'existaient pas réellement, et paraissaient être seulement la continuation du bord supérieur ; ils étaient embrassés par les ligamens larges dont la conformation était d'ailleurs naturelle : on observait de chaque côté une trompe et un ovaire. Le bord inférieur était côtoyé par un faisceau fibreux, très-saillant, qui des deux côtés se portait obliquement en-dehors au côté interne de chaque cordon sus-pubien qui partait des deux extrémités du bord inférieur. Ce faisceau fibreux contribuait beaucoup à augmenter l'épaisseur, la largeur et la force des cordons sus-pubiens.

Le col, examiné extérieurement, était quadrilatère, de quinze lignes de diamètre, et il se trouvait placé, ainsi que la partie du vagin qui l'embrassait, dans l'écartement des lames de ce repli péritonéal dont j'ai parlé plus haut, et qui le cachait en avant en se portant de la vessie sur l'utérus, et en arrière en se rendant de l'utérus au rectum.

En incisant latéralement le col et le corps de chaque lobe, je reconnus que la cavité de chacun d'eux était isolée et sans aucune communication avec celle du côté opposé ; celle du corps était longue de seize lignes, large de trois, légèrement sinueuse, irrégulièrement cylindrique, et offrait deux légères dilatations. On voyait à la

partie supérieure qui était parallèle au bord supérieur du lobe, une saillie longitudinale. La cavité du col était divisée en deux par une cloison médiane, et formait ainsi deux cavités isolées: chacune était longue de quatorze lignes, un peu plus étroite que celle du lobe avec laquelle elle se réunissait à angle droit; la cloison médiane était formée par l'adossement de deux feuillets distincts : l'une et l'autre cavités se terminaient extérieurement par un orifice d'une ligne de diamètre, irrégulièrement circulaire, mais qui ne présentait aucune déchirure ni aucune inégalité, comme on en observe au col de l'utérus des femmes qui ont eu un ou plusieurs enfans. Chaque orifice était placé au centre et au côté interne d'un tubercule mamelonné qui faisait une saillie remarquable dans la partie supérieure de chaque vagin. Chaque tubercule qui n'était que l'ébauche d'un col bien conformé, n'était pas situé exactement au centre du sommet de chaque vagin: il se rapprochait davantage de la cloison qui les isolait.

On voit, d'après cette description, qu'il y avait deux utérus isolés complètement et accolés simplement par leurs cols, et une très-petite étendue de la paroi correspondante de leurs corps. Les annexes de cet organe biloculaire n'étaient point doubles, comme je l'ai déjà dit; chaque ovaire était surmonté d'un kyste qui paraissait développé dans une de ses vésicules, et qui avait le volume d'un œuf de pigeon, ses parois minces et transparentes, et sa cavité remplie d'un liquide filant, visqueux, de consistance sirupeuse, assez analogue à la bile qui a séjourné dans la vésicule hépatique.

Le vice de conformation de l'utérus dont nous venons de rapporter un exemple, quoique rare chez la femme, a été observé déjà un assez grand nombre de fois. C'est cette monstruosité que les auteurs ont désigné sous le nom d'utérus *duplex*, *bicornis*, *bipartitus*, *bifidus*, *bilocularis*, *bisulcus*. Elle a beaucoup d'analogie avec la con-

formation naturelle qu'on observe dans les femelles de divers genres d'animaux, tels que les rongeurs, le lièvre, le lapin, le castor, la marmotte: chez les ruminans, comme la vache, la brebis, la biche, la chèvre, ainsi que chez les pachydermes, les amphibies et les cétacés. Dans les makis (*ord. des quadrumanes*) l'utérus est peu divisé; il semble seulement bilobé; mais dans les mammifères que nous venons d'indiquer, les cornes de cet organe sont ordinairement fort alongées; elles excèdent souvent trois fois et même plus la longueur de son col: chez le lièvre et chez le lapin, chaque corne forme un sac séparé qui a dans le vagin un orifice distinct.

Quand l'utérus présente cette disposition, on conçoit que la superfétation est possible, ainsi qu'elle arrive si souvent chez les mammifères de l'ordre des rongeurs, dont la matrice est biloculaire. On ne peut douter non plus que l'un et l'autre utérus, offrant une organisation identique, ne soient tous les deux le siége d'un écoulement menstruel (1), et qu'ils puissent également contenir le produit de la conception et fournir à son développement. La distribution des vaisseaux ayant lieu de chaque côté de la même manière, leur nombre et leur calibre étant les mêmes, et ces vaisseaux étant communs aux deux utérus, on ne voit pas non plus pourquoi la nutrition des deux fœtus ne serait pas égale; cependant quelques auteurs ont nié la possibilité du développement normal d'un embryon dans le cas d'utérus double. Littre dit à ce sujet: « qu'il n'y a aucune apparence qu'une moitié de matrice, (car on peut considérer ainsi une de ces parties) puisse s'étendre autant qu'une matrice entière, et fournisse au-

(1) Il est probable que l'utérus présente, dans quelques cas, une conformation analogue à celle dont il s'agit, chez les femmes dont l'évacuation des règles n'est pas interrompue par la gestation, et chez lesquelles on l'observe jusqu'au moment de l'accouchement. (*Note du R.*)

tant de nourriture à un fœtus pour un pareil accroissement. » Mais cette assertion est démentie par l'observation, qui a démontré que le fœtus peut toujours prendre alors un développement plus considérable que dans le cas de jumeaux. Un des exemples les plus concluans à ce sujet, est celui qui a été rapporté par M. Chaussier (1). Ce savant professeur fit voir à la Société de l'École de Médecine de Paris l'utérus d'une femme morte récemment à l'hospice de la Maternité où elle était venue accoucher peut-être de son dixième enfant, de sexes différens. Cependant cet utérus était incomplet; il ne consistait, pour ainsi dire, que dans la moitié du côté droit avec une seule trompe et un seul ovaire. Cette femme présentait d'ailleurs beaucoup d'autres vices de conformation, tels que le déplacement du rein gauche, strabisme, deux ongles au pouce de la main du côté droit. On doit aussi à F. Tiedemann (2) l'observation d'un utérus biloculaire chez une femme qui devint enceinte, et accoucha d'un enfant parfaitement à terme; elle succomba quelques jours après son accouchement; et à l'autopsie, on trouva un utérus divisé par une cloison médiane.

Ces faits suffisent, je crois, pour prouver que le fœtus peut acquérir son entier développement dans un des lobes d'un utérus double, et qu'alors une véritable superfétation est possible chez la femme. Comme ce phénomène consiste dans la conception d'un second embryon pendant la gestation d'un premier, plusieurs raisons s'opposent à ce qu'il puisse avoir lieu dans un utérus simple; en effet, l'œuvre de la conception accompli, et l'œuf descendu dans la cavité de l'utérus, il s'y trouve renfermé dans une membrane vasculeuse, épaisse, adhérente de toutes parts à la

(1) *Bulletins de la Fac. et de la Soc. de Médecine*, etc., année 1817, pag. 437.

(2) *Journ. compl. du Dict.*, tom. 6, pag. 371.

cavité de l'organe qu'elle tapisse et dont elle ferme les ouvertures : par conséquent le sperme ne peut être admis dans la cavité utérine, et d'un autre côté, l'occlusion de l'orifice interne des trompes s'oppose à l'admission d'une nouvelle molécule fécondée. De cette disposition résulte l'impossibilité de la superfétation dans le cas en question, quel que soit d'ailleurs le système de la génération qu'on adopte. Cependant nous verrons plus tard quelques faits qui peuvent prouver qu'une seconde fécondation peut avoir lieu un certain nombre de jours après une première. Mais dans une matrice biloculaire, analogue à celle dont j'ai donné l'histoire, on conçoit aisément qu'un ovule ayant été fécondé et commençant à se développer dans l'un des lobes utérins, ne peut empêcher qu'un nouveau coït fécondant ne détermine le développement d'un second embryon dans l'autre lobe utérin, quelques semaines ou quelques mois après le premier.

Je dois à M.me Boivin un exemple de cette superfétation, que je vais rapporter succinctement. Une femme de quarante ans, déjà mère d'un premier enfant, accoucha le 15 mars 1810 d'une petite fille pesant quatre livres environ. Comme l'abdomen conservait un volume assez considérable après la délivrance, M.me Boivin porta de nouveau la main dans l'utérus et en parcourut la cavité, qui était déjà bien revenue sur elle-même, sans y rien rencontrer. En agitant doucement la tumeur, qui se dessinait extérieurement à droite, et qui était plus élevée que celle formée par l'utérus, on produisait exactement les mêmes mouvemens dans le col qui suivait ceux qu'on imprimait à la tumeur. Pendant deux mois cette femme ressentit dans cette tumeur des mouvemens que M.me Boivin put facilement apprécier, et qui lui avaient fait présumer l'existence d'une grossesse extrà-utérine ou d'une superfétation dans un utérus bilobé, quand le 13 mai, cette femme accoucha d'une fille, du poids de trois

livres environ, faible, décolorée et respirant à peine. Cette femme, qui depuis long-temps ne cohabitait plus avec son mari, assura madame Boivin qu'elle n'avait eu de rapports avec lui que trois fois en deux mois : les 15 et 20 juillet 1809 et le 16 septembre suivant. Dans ce cas, il est plus que probable que le produit de la dernière conception était renfermé dans une cavité séparée de celle qui contenait le premier fœtus, puisqu'en explorant la cavité de l'utérus après la délivrance, lors du premier accouchement, on la trouva complètement vide.

Quand il existe ainsi une matrice biloculaire, on conçoit aisément qu'il peut pénétrer un ovule fécondé dans la cavité de l'une des moitiés de l'utérus, tandis que l'autre en renferme déjà un dont le développement est commencé. Nul doute également que la superfétation ne soit possible dans un cas de grossesse extra-utérine. Thomas Bartholin (1) rapporte un fait qu'on peut citer à cet égard comme exemple. Une femme, arrivée au terme d'une grossesse, ressentit toutes les douleurs d'un véritable enfantement pendant trois jours, *et n'accoucha pas.* L'année suivante elle mit au monde un enfant assez gros, et trois ans après, au milieu d'accidens fort graves, il sortit successivement pendant plusieurs mois par le vagin tous les os d'un fœtus. La superfétation, dans le cas de grossesse extra-utérine, peut, au premier abord, ne pas sembler possible quand on réfléchit à ce qu'ont observé alors Meckel et M. Chaussier, savoir : qu'il se forme à la surface interne de l'utérus une couche couenneuse qui a la mollesse, l'apparence de l'épichorion, ou membrane caduque de Hunter, qui existe constamment suivant M. Chaussier (2), et qui conséquemment doit s'opposer à

---

(1) *Historiarum anat.*, *cent.* IV, *obs.* 14.

(2) Gardien, *Traité d'accouchemens*, tom. 1.er, pag. 531.

une nouvelle fécondation, puisqu'elle ferme l'ouverture de la trompe du côté opposé. Mais si, au bout des neuf mois révolus, l'utérus entre en travail, ce qui arrive presque toujours, il expulsera cette membrane, et le fœtus pourra rester dans le lieu qu'il occupe encore plusieurs années, sans empêcher qu'un nouveau coït fécondant donne lieu à la formation d'un embryon utérin. C'est ce qui paraît avoir existé dans l'exemple rapporté par Bartholin.

Il est encore une autre circonstance dans laquelle la superfétation est possible, circonstance qui a été admise par un très-grand nombre d'auteurs: c'est lorsqu'un coït fécondant a lieu après un autre qui l'a été également, mais avant que l'ovule ne remplisse la cavité de l'utérus. Cette opinion acquiert surtout un plus grand degré de certitude d'après les recherches récentes de John Burns, qui ont démontré que l'ovule ne descend quelquefois dans l'utérus que huit, quinze ou vingt jours après la fécondation. C'est ainsi qu'on peut expliquer le fait rapporté par Ch. de Bouillon (1): il s'agit d'une négresse de la Guadeloupe, qui mit au monde deux enfans mâles à terme, l'un nègre et l'autre mulâtre. Elle avoua qu'elle avait cohabité dans la même soirée avec un noir et un blanc. Néanmoins on voit que dans cette cause de superfétation, les deux enfans ne peuvent offrir dans leur développement d'autre différence que celles qu'apportent vingt jours au plus, et qu'elle ne peut être avancée pour étayer l'opinion d'une conception secondaire postérieure d'un ou deux mois à une première fécondation.

En résumé, la superfétation ne peut avoir lieu que dans les trois cas suivans: 1.° utérus double (*bilocularis*) ou surnuméraire; 2.° conception nouvelle pendant l'exis-

(1) *Bulletins de la Faculté de Medecine*, tom. 7, pag. 443.

tence d'un fœtus extra-utérin; 3.° nouveau coït fécondant avant que l'ovule n'occupe la cavité de l'utérus.

On trouve dans l'ouvrage d'Eisenmann (1) une observation qui semble contredire ce que je viens d'avancer relativement aux seuls cas possibles de superfétation. Marianne Bigaud, âgée de trente-sept ans, accoucha d'un garçon vivant, le 30 avril 1743, et le 16 septembre de la même année, elle mit au monde une fille vivante, reconnue bien à terme. Cette femme étant morte d'une maladie aiguë en 1755, son corps fut ouvert publiquement, et l'utérus trouvé absolument simple. Auguste de la Chaussée a rapporté un exemple semblable. Ces deux observations sont peut-être les seules qui paraissent contredire mes propositions; mais il m'est impossible de voir dans l'une et l'autre des exemples de superfétation, quand on peut les expliquer d'une manière plus conforme aux lois de la nature. Le fait tant de fois cité du docteur Desgranges ne prouve également rien : il n'y eut point d'examen du cadavre; il en est de même de plusieurs autres rapportés par les auteurs, et dont j'omets de parler par la même raison.

En effet, comment concevoir que l'imprégnation d'un nouveau germe puisse avoir lieu, au cinquième mois d'une grossesse, par exemple, ce qui est en contradiction avec tout ce que nous savons de positif sur le développement de l'embryon dans l'utérus? Il est, au contraire, bien plus naturel de croire que dans le cas de jumeaux, l'un d'eux ne soit pas parvenu au terme de sa maturité, à l'époque où elle a coutume d'être complète, et qu'ainsi l'expulsion en soit retardée. Cette circonstance explique naturellement ce qui arriva dans les cas cités par Eisenmann et Auguste de la Chaussée; elle suppose, à la vérité, la séparation entière des deux placen-

(1) *Tabul. anat. quatuor uteri duplici*, etc.; Strasbourg, 1752; *in-folio*.

tas, mais cette disposition n'est pas tellement rare qu'on ne puisse la rencontrer. J'en ai observé récemment un exemple fort remarquable avec M.me Boivin.

Or, si l'on peut admettre, et cela me paraît prouvé par l'exemple de superfétation que j'ai emprunté à M.me Boivin, qu'un deuxième fœtus puisse demeurer dans l'un des lobes d'un utérus biloculaire après l'expulsion d'un premier fœtus, sans que l'évacuation sanguine fournie par les sinus utérins lui porte une atteinte mortelle en tarissant les sources de sa nutrition; si, d'une autre part, les naissances tardives sont bien constatées (assez de faits viennent à l'appui de leur démonstration); pourquoi n'admettrait-on pas que, dans un utérus simple, où les circonstances sont à-peu-près les mêmes, où les anastomoses des vaisseaux établissent une circulation qui n'est pas moins active que dans un utérus bilobé, un fœtus puisse se détacher, tandis qu'un second, dont la maturité aurait été retardée par un vice d'organisation ou par le développement excessif du premier, ou par toute autre cause, demeurerait encore dans l'utérus, quoiqu'il eût été conçu à la même époque que le premier.

Je terminerai par les réflexions suivantes qui m'ont été communiquées par M.me Boivin, et qui ne peuvent qu'ajouter de nouvelles probabilités à cette opinion. Dans les conceptions doubles, la vitalité des deux jumeaux n'a pas toujours la même énergie : il est même rare que les fœtus offrent le même volume, et quelquefois ils présentent une extrême dissemblance sous ce rapport. Indépendamment de la gêne que deux embryons doivent éprouver dans une cavité unique, l'un des deux peut être doué d'une énergie vitale qui le dispose à s'approprier la plus grande partie des principes destinés à l'autre; son enveloppe membraneuse s'étend en proportion que l'autre se déprime, et elle prend adhérence avec la membrane ca-

duque, dans le même rapport que l'autre s'en éloigne. Bientôt cette dernière s'en détache complètement, tandis que l'embryon, qui est doué de plus de vitalité, a tout envahi, et que l'activité de son système circulatoire est progressivement augmentée; enfin, le plus faible finit par périr, pendant que l'autre parcourt librement le cours de sa vie utérine.

Delà, la différence extrême dans le volume de deux fœtus jumeaux, qui a pu faire croire quelquefois à une superfétation : delà aussi l'expulsion prématurée d'un embryon de quatre mois, et un accouchement à terme cinq mois plus tard chez la même femme. M.me Boivin a consigné cette observation dans son *Mémorial des accouchemens*, etc. : M.me D.***, de Saint-Germain-en-Laye, âgée d'environ 39 ans, enceinte de quatre mois et demi, fit subitement une fausse-couche : après avoir employé tous les moyens que cet état exigeait, elle fut fort étonnée de ne point voir reparaître ses règles. Son ventre continuant d'augmenter de volume, elle pensa qu'un second enfant était resté dans son sein, et qu'il s'y développait. Comme son accoucheur lui avait bien assuré qu'elle n'était pas enceinte et qu'elle ne pouvait pas l'être, elle demeurait persuadée qu'elle était affectée d'une maladie grave, lorsque, quatre mois et demi après son avortement, elle accoucha d'un garçon bien portant, et qui a aujourd'hui vingt-deux ans. Il est présumable que, dans ce cas, le premier embryon était situé près de l'orifice de l'utérus, et qu'il a pu ainsi s'échapper de la cavité de la matrice sans nuire aux adhérences du second.

*Mémoire sur les déviations de la colonne vertébrale, et sur les nouveaux moyens d'y remédier, inventés par M.* Humbert, *chirurgien à Morley (Meuse); par M.* Scoutetten, *D.-M.-P., chirurgien aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.*

L'incurvation anormale de la colonne vertébrale est une des difformités les plus désagréables auxquelles l'espèce humaine se trouve sujette. Fort heureusement la chirurgie vient de faire un pas nouveau, en nous présentant une ressource inespérée dans l'emploi de moyens mécaniques ingénieusement combinés; c'est à l'habileté de M. Humbert que nous devons des connaissances plus précises sur l'usage qu'on peut en faire, et sur les résultats heureux qu'on peut en obtenir.

Les déviations de la colonne vertébrale sont trop saillantes, en général, pour n'être pas remarquées par les personnes les moins attentives : aussi voyons-nous qu'elles ont été connues des médecins les plus anciens; l'histoire rapporte en outre que plusieurs hommes célèbres de l'antiquité présentaient cette difformité poussée à un point excessif. Quoiqu'on connaisse depuis un nombre incalculable d'années les gibbosités de la colonne épinière, les causes véritables n'en ont été bien assignées que tout récemment. Les chirurgiens n'avaient que des idées extrêmement fausses sur les circonstances qui les favorisent et les déterminent, et ils ne se servaient, en conséquence, que de moyens empiriques enfantés par l'ignorance, et souvent employés avec une cruauté barbare.

Aujourd'hui nos connaissances sont positives; l'anatomie pathologique nous a éclairés sur tous les points de médecine, et nous savons spécialement que les déviations

de la colonne épinière ont des causes assez variées ; ainsi elles peuvent dépendre, 1.° du ramollissement des os ; 2.° du relâchement des ligamens et des fibro-cartilages ; 3.° de l'action long-temps continuée des muscles dans le sens de la flexion ; 4.° de la carie des os. Je ne pense pas qu'on doive y joindre les difformités causées par la luxation des vertèbres, accident extrêmement rare, et cependant noté par *Hippocrate* et par *Celse* (1) ; il diffère tellement de la maladie qui nous occupe, qu'on ne pourrait, sans absurdité, lui trouver de l'analogie.

Les trois premières causes de la courbure de la colonne épinière doivent être soigneusement distinguées de la quatrième, si l'on ne veut point s'exposer à des erreurs graves qui peuvent compromettre l'existence des malades, et discréditer les moyens les plus utiles. Les signes à l'aide desquels on peut éviter ces méprises sont, en général, assez évidens, et assez bien indiqués dans les auteurs, pour que je me dispense de les présenter dans ce mémoire, dont le but n'est point de traiter dans tous ses détails le point d'orthopédie dont je m'occupe.

Les incurvations vertébrales déterminées par les trois premières causes, sont seules curables par les moyens mécaniques ; employés contre la carie des os, ils seraient complètement inutiles s'ils ne devenaient pas nuisibles.

Par suite de la difformité occasionnée par la gibbosité, les personnes éprouvent souvent des accidens qui mettent leur vie en danger ; les cavités thoracique, abdominale, pelvienne, subissent des changemens très-notables dans leur conformation ; les organes qui s'y trouvent enfermés sont singulièrement gênés dans leurs fonctions ; la respiration est haletante, difficile ; la circulation se fait avec peine ; les exercices les plus légers fatiguent ; les digestions deviennent pénibles, et s'accompagnent des phéno-

---

(1) *De re medicâ*, *lib.* 8, *cap.* 2, *sect.* 2, §. 3.

mènes les plus alarmans ; la grossesse peut entraîner les suites les plus graves, l'accouchement est très-laborieux ou même par fois impossible.

Les auteurs anciens ne nous ont presque rien laissé sur les moyens propres à détruire les gibbosités dorsales ; l'ouvrage de *Celse*, cité par plusieurs personnes comme donnant des conseils sur ce point de chirurgie, ne renferme absolument rien ; cet auteur ne parle que de la luxation des vertèbres, de la gravité de cet accident, et de la difficulté d'y remédier (1). Il faut arriver à ces derniers siècles pour trouver plusieurs moyens plus ou moins rationnels, indiqués pour corriger ou guérir les gibbosités dorsales ; ils se bornent presque tous à la construction de corsets rendus inflexibles par la baleine ou des lames d'acier. La croix de fer de Heister (2) fut long-temps vantée, mais on a reconnu que cette machine, ainsi que celles qui l'ont précédée, ne peuvent être d'aucune utilité ; la compression directe qu'elles exercent gêne singulièrement les malades, et n'agit pas assez puissamment pour s'opposer à la déviation de la colonne épinière ; il est, en outre, une foule de cas où elles ne sauraient nullement être applicables.

Parmi les moyens les plus extraordinaires mis en usage pour redresser la colonne vertébrale, on doit citer celui qu'employa *Ranchin*, dont l'observation, consignée dans *Lazare Rivière*, se trouve rapportée dans le Mémoire de *Le Vacher*. Une dame, à qui était survenue une gibbosité dorsale qu'on appela *luxation de deux vertèbres par un catarrhe tombé du cerveau sur l'épine*, fit mander Ranchin, chancelier de la Faculté de Médecine de Montpellier. Ce médecin crut pouvoir rétablir la colonne épinière

(1) *Vid. lib.* 8.

(2) *Voyez* pour la structure, *Laurentii Heisteri Institutiones chirurgicæ*, pag. 700, tab. 25, fig. 5.

dans sa rectitude naturelle, en employant les moyens de réduction ordinaires; mais n'ayant pu y parvenir, ainsi que cela devait être, il s'avisa de se servir d'une presse à linge, dans laquelle la malade fut mise de façon qu'une des jumelles appuyait sur les vertèbres déjetées, et l'autre sur le devant de la poitrine; puis on serra à l'aide d'une vis. On conçoit la gêne extraordinaire que dût éprouver la respiration; aussi fallut-il abandonner ce moyen ridicule; mais ce ne fut que pour recourir à un autre encore plus extraordinaire et non moins absurde. Ranchin fit chercher un cric, garnit l'extrémité de la crémaillère qui devait pousser les vertèbres, appuya la base de la machine contre une muraille; puis faisant fixer la malade par deux hommes robustes qui la tenaient par les épaules, il alongeait la crémaillère jusqu'au point où, ne pouvant plus supporter les douleurs, il était obligé de donner du relâche à cette courageuse patiente: on réitéra ces tentatives jusqu'à ce que, dit-on, les vertèbres furent replacées.

Ce fait peut nous donner une idée de la barbarie où la chirurgie se trouvait alors plongée. Fort heureusement à côté des inventions les plus mal combinées et les plus ridicules, on peut placer une machine fort bien conçue, et dont l'application fait honneur à la sagacité de l'inventeur. De ce nombre se trouve la machine de *Le Vacher,* décrite dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie (1); à l'aide de ce moyen, cet habile praticien obtint, dans les déviations de la colonne épinière, des succès nombreux qui lui valurent une fort belle réputation. Dans ces derniers temps, cette machine a été modifiée et perfectionnée par M. *Delacroix,* habile mécanicien de Paris. Son utilité a été reconnue dans plusieurs cas, surtout dans ceux où l'incurvation spinale existe vers la partie

(1) Tome 4.e, pag. 605, édit. in-4.o

supérieure ; mais, il faut en convenir, elle est complètement inutile dans une foule de circonstances particulières où la déviation se trouve à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

A côté de ces moyens divers, on a encore conseillé une foule de bandages de formes très-variées, dont l'usage est assez étendu ; mais on ne peut les considérer que comme des palliatifs qui rarement apportent un changement avantageux : à bien plus forte raison on doit porter le même jugement sur l'emploi isolé des frictions avec l'eau de lavande, le baume opopeldoch, des linimens ammoniacaux et autres.

La médecine s'en trouvait à peu près à ce point, lorsque M. Humbert eut l'heureuse pensée de diriger son esprit inventif sur les moyens propres à redresser la colonne épinière. Abandonnant les sentiers battus, il ne se borna point à construire une seule machine qu'on voudrait appliquer à tous les individus ; il reconnut parfaitement que les déviations de la colonne vertébrale présentent une foule de variétés, et que les moyens propres à les guérir doivent toujours être appropriés aux cas particuliers. De là les modifications nombreuses apportées dans la construction de ces machines, qui toutes cependant reposent sur ces deux principes : compression douce et extension permanente. C'est à *Morley*, petit village du département de la Meuse, situé entre Joinville et Ligny, à sept lieues de Bar-le-Duc, que se trouve placée la maison de M. Humbert ; elle présente, je crois, le premier établissement qui ait été formé en ce genre. Cet établissement n'est formé que depuis trois ans ; et quoiqu'au début il ne fût que peu considérable, le propriétaire compte cependant un bon nombre de cures complètes. La quantité de malades qui se présentent journellement a déterminé l'agrandissement du local, et maintenant il est assez spacieux pour contenir vingt-cinq personnes ;

cependant il ne s'y trouve dans ce moment que vingt-une demoiselles qui toutes sont soumises aux mêmes tentatives (1). M. Humbert n'en désire pas davantage, son temps pouvant à peine suffire pour diriger l'emploi des moyens nombreux que chaque malade réclame. Ces moyens sont les bains de vapeurs généraux et partiels, les douches, le massage, l'usage continuel des crosses, d'un fauteuil et d'un lit avec des appareils mécaniques.

Les bains de vapeurs généraux n'offrent rien de particulier dans leur application. Les bains de vapeurs partiels sont construits de façon que la gibbosité seule se trouve au contact de la vapeur : c'est une espèce de boîte placée verticalement, dans laquelle viennent aboutir des tuyaux chargés de transporter la vapeur; une planche qui se meut dans une coulisse permet de donner le degré d'ouverture nécessaire pour que la gibbosité soit convenablement placée. La douche n'a rien de remarquable; elle tombe d'environ six pieds de hauteur. Le massage se fait avec les mains, au sortir du bain de vapeurs; hors ce cas, c'est à l'aide de leviers attachés au fauteuil ou au lit, qu'on comprime la saillie dorsale. Les crosses ou béquilles sont construites dans toute leur simplicité; on les proportionne à la taille des personnes, en ayant soin qu'elles soient toujours assez longues pour que la malade ne puisse que difficilement poser à terre toute l'étendue du pied. Les fauteuils sont assez compliqués, et nous ne pourrons qu'en donner une description fort inexacte. Ils présentent deux montans supportant des crosses sur lesquelles appuient les aisselles de la per-

(1) Il est essentiel de faire connaître que les demoiselles exclusivement sont reçues dans l'établissement de Morley; les parentes les accompagnent quelquefois durant tout le temps du traitement; ces personnes sont alors logées dans de petits pavillons fort agréables et fort commodes, disposés à cet effet.

sonne qui y est assise ; au-devant se trouve une petite tablette destinée à recevoir les objets dont la malade peut avoir besoin dans la journée ; derrière sont attachés les moyens compressifs de la gibbosité, qui, lorsqu'ils sont placés convenablement, sont maintenus fixes à l'aide de liens destinés à cet usage. Ces fauteuils sont plus élevés que les siéges ordinaires, de façon que les pieds sont toujours un peu pendans. Les lits sont composés d'un bois de lit solide, n'offrant de particulier que quatre montans destinés à soutenir un chassis. La couche n'est formée que d'un seul matelas et d'un traversin fort étroit et fort bas. Le chassis est un carré long de l'étendue du lit, supportant plusieurs machines destinées à serrer ou à relâcher les moyens compressifs de la gibbosité. Le lit présente encore des anneaux donnant attache à des courroies qui servent à tirer les pieds et les épaules en sens contraire : une mentonnière que l'on ramène sur le sommet de la tête, est destinée à fixer un lien qu'on serre ou qu'on relâche à volonté ; une espèce de bandage de corps, fixé au lit, sert à rendre le bassin immobile. Chacun des fauteuils et des lits présente des modifications particulières déterminées par la nature de la déviation dorsale ; c'est à ces heureuses modifications qu'on doit attribuer les succès obtenus par M. Humbert.

Lorsqu'une jeune personne se présente à l'établissement de M. Humbert, on commence par l'habituer à l'usage des crosses ; peu à peu on augmente le nombre des moyens, en commençant par ceux qui sont d'une application facile et peu gênante ; bientôt la malade les supporte aisément, et se trouve soumise aux règles établies pour le traitement actif. La malade, revêtue d'une camisolle de laine qui s'ouvre par derrière, environnée d'une large ceinture en cuir, munie d'anneaux pour l'attache des divers liens, se place dans son lit où elle est étendue de son long ; des courroies garnies, attachées au bas de

chaque jambe et passées sous les aisselles, sont destinées à faire garder cette situation; un autre lien, fixé sur l'espèce de mentonnière qui remonte sur la tête, sert à tirer de temps en temps cette partie du corps; le bassin est également maintenu avec solidité. Les leviers qui doivent repousser la gibbosité présentent, à l'extrémité qui doit agir, une espèce de palette appropriée à la forme de la tumeur; si la déviation est latérale, il n'y a qu'un levier; si elle est en *S*, on en place deux en sens opposés. On fait alors agir les poulies placées pour mouvoir les leviers, on masse doucement la tumeur, on la refoule de manière à tendre, à redresser la colonne épinière. Après quelque temps de cet exercice, on fixe les liens, et les leviers sont maintenus de telle sorte qu'ils compriment la tumeur sans gêner la respiration. La malade reste étendue par les courroies placées aux extrémités, et bientôt elle s'endort dans cette position.

Vers quatre heures du matin, une nouvelle série d'opérations commence; chaque malade, à son tour, sort de son lit pour se rendre au bain de vapeurs où elle reste une heure; puis on place la gibbosité dans la machine destinée à ne diriger la vapeur aqueuse que sur cette partie; cette seconde opération dure environ une demi-heure, après quoi la malade revient se mettre au lit où elle reprend sa première position, ou bien encore elle se place dans son fauteuil où elle doit rester durant cinq à six heures; là, sa gibbosité se trouve également comprimée par des leviers semblables à ceux qui existent au lit; ses aisselles sont appuyées sur des crosses, et de temps en temps des filles de service, qui en ont l'habitude, font agir ces leviers pour masser la bosse. Les jeunes malades ne se dérangent point pour déjeûner; on leur apporte les alimens sur leur fauteuil. Après ce repas, elles s'occupent à dessiner, à broder, ou à d'autres ouvrages d'agrément. On dîne à cinq heures du soir: les malades se rendent

dans une grande salle, où une table, disposée en fer-à-cheval, se trouve environnée de chaises auxquelles des crosses, destinées à soutenir les aisselles, sont fixées par des crochets. Le dîner terminé, la promenade commence; le jardin ou les environs de l'habitation sont choisis pour cette récréation; les malades s'appuient constamment sur leurs crosses. Enfin la journée s'écoule, et les opérations recommencent dans le même ordre que nous les avons indiquées.

Après quelques mois de ce traitement, on reconnaît un changement avantageux dans la situation de la jeune personne; l'amélioration devient toujours de plus en plus sensible, et six mois ou un an suffisent pour compléter la guérison. Ce terme n'est cependant pas rigoureux; il peut aller en-deçà ou au-delà; il se trouve soumis à un bon nombre de circonstances particulières qui peuvent tenir à la nature de la difformité, à son ancienneté, à la constitution du sujet, à son âge, et encore à sa docilité; ainsi j'ai vu une jeune personne dont la difformité était telle, que deux ans n'ont pas suffi pour la rétablir complètement. Toutes les malades qui sont soumises au traitement ne peuvent pas espérer une guérison parfaite; les deux tiers seuls peuvent y compter; les autres reçoivent un soulagement très-marqué; mais la nature de leur déviation ou de leur constitution s'oppose à ce qu'elles reviennent à l'état normal: tel est au moins le résultat que M. Humbert lui-même m'a dit avoir obtenu.

Lorsque la gibbosité a complètement disparu, ou que l'on est parvenu à un certain point au-delà duquel on ne peut plus rien espérer, on met en usage le traitement fortifiant; il consiste en frictions, douches, et en bains de vapeurs aromatiques dans lesquels entrent les baies de genièvre. Durant ce traitement, qui est de trois ou quatre mois, on continue l'usage des crosses, du fauteuil et du lit, mais on y reste moins long-temps, on diminue gra-

duellement, et l'on finit par s'en passer complètement.

Beaucoup de personnes ont pensé que des médications internes concourraient à la guérison; M. Humbert m'a positivement assuré que cela est tout-à-fait faux. Le régime alimentaire offre seul une particularité : il ne se compose que de substances animales.

En voyant ces jeunes personnes soumises si longtemps à cette espèce de torture, on souffre de la gêne qu'elles semblent éprouver; mais elles disent toutes qu'elles n'éprouvent aucune douleur; en effet, leur physionomie ne change point, la respiration se fait avec facilité, la circulation n'est point accélérée, toutes les fonctions de l'économie s'exécutent selon leur rhythme habituel. Bien plus, les malades qui, à leur entrée dans l'établissement, présentent un teint décoloré, des traits exprimant la douleur, une respiration haletante et difficile, des digestions pénibles, et par fois des vomissemens, etc., voient cesser promptement tous ces accidens, et recouvrent une santé parfaite. Ces changemens avantageux, quoique très-rapides, se continuent si bien, que depuis la formation de l'établissement on n'a pas vu une seule maladie grave.

Peut-être viendra-t-on objecter que les guérisons n'auront aucune solidité, et que par cela même qu'elles auraient été plus rapides, les rechutes seront plus faciles. Sans doute, il est très-possible que chez les jeunes enfans des récidives se présentent; mais, qui pourra empêcher alors de recourir de suite aux moyens qui ont déjà produit la guérison? On parviendra ainsi jusqu'à l'âge de vingt à vingt-cinq ans; à cette époque on peut assurer que la cure sera solide, et que rien ne pourra détruire le succès obtenu. Cette opinion se trouve appuyée sur des faits d'anatomie bien connus. A l'âge que nous indiquons, les os ont acquis une consistance assez forte pour ne se déformer qu'avec beaucoup de peine, et pour

que la solidité devienne plus grande à mesure que les années s'accumulent ; elle peut même arriver à un tel point que les cartilages s'ossifient, et que la colonne vertébrale ne forme plus qu'une seule pièce ; ainsi j'ai possédé pendant long-temps deux colonnes épinières de bossus chez lesquelles les vertèbres comprises dans l'incurvation étaient réunies entr'elles par l'ossification des fibro-cartilages. Cette disposition naturelle du tissu osseux ne nous permet donc aucun doute sur la possibilité d'une guérison solide des gibbosités dorsales.

On doit féliciter M. Humbert des inventions nouvelles qu'il vient d'appliquer à la guérison d'une difformité contre laquelle l'art se trouvait presque toujours impuissant. Espérons que ce médecin publiera bientôt lui-même les ingénieux procédés et les résultats de ses opérations.

---

*Nouvelles considérations sur la plique chez diverses nations du globe ; par* J. J. Virey, *D.-M.-P.* (*Lues à l'Académie royale de Médecine*, *le* 7 *septembre* 1824.)

Personne n'ignore que la plique, ou cet entremêlement et l'alongement prodigieux de la chevelure ou d'autres poils du corps humain principalement, fut considérée long-temps comme une maladie particulière, et attribuée sur-tout à un virus spécifique qu'on a nommé *trichomatique*. Cette opinion, soutenue par Stabel, Georges Fider, Hercules de Saxoniâ, Richter, Étienne Mack, a même été professée par des médecins modernes célèbres, tels que MM. Lafontaine, Alibert, Kuster, Joseph Frank, Wolframm, etc. ; plusieurs placent encore cette maladie parmi les plus nuisibles au genre humain après la syphilis ; elle a paru contagieuse et épidé-

mique à beaucoup d'auteurs, et Schlégel n'est même pas éloigné d'attribuer à la plique la décadence de la Pologne jadis si florissante sous les Casimirs et les Boleslas. Elle naissait des eaux corrompues que boivent les habitans de diverses contrées de l'Asie, selon Dugloss, Juch et le savant Kurt Sprengel; d'autres en ont cherché l'origine dans la syphilis, comme Wolframm, et dans la dépravation des mœurs des Tartares; plusieurs en ont cru trouver la cause dans la nourriture de la chair du cheval; quelques-autres dans l'abus des salaisons, ou de l'huile de lin, ou des liqueurs spiritueuses, etc. Enfin, selon l'opinion la plus générale, cette affection fut transmise par les Tartares Mongols dans leurs irruptions en Pologne, vers la fin du treizième siècle, sous la conduite d'un descendant de Tchinghis-Khan, au rapport de Sennert, Detharding, Hirschel, Erndtel, etc.

C'est depuis peu d'années seulement qu'on a renouvelé l'opinion déjà émise par l'Écossais Davidson, au dix-septième siècle, que la plique était uniquement le résultat de la malpropreté, de la négligence. Ainsi Roussille-Chamseru, et sur-tout MM. Boyer, Larrey, Wolff et Gasc nous paraissent avoir assez bien prouvé que la chevelure renfermée sous d'épais bonnets de peau, chez plusieurs peuples du Nord, rendait principalement le cuir chevelu, par la chaleur qu'il éprouve, le siège d'une exhalation plus considérable. Ainsi la sueur, et cette espèce de crasse ou de détritus de l'épiderme, qui s'accumule par suite de la négligence, mastique bientôt ensemble les cheveux qui s'alongent, qui s'entortillent, se mélangent, et se feutrent en une épaisse et chaude toison, capable d'acquérir un accroissement prodigieux à la longue. Il n'est pas étonnant que le derme pileux prenne alors une sensibilité plus considérable, que les bulbes des cheveux causent une sorte de douleur lorsqu'on les tiraille, et qu'enfin si l'on enlève cette énorme enveloppe de la

tête, le froid ne puisse déterminer des répercussions, ou plutôt une révulsion plus ou moins nuisible vers d'autres organes, sans qu'on doive accuser un virus trichomatique qui causerait la phthisie pulmonaire, ou l'apoplexie, l'hydropisie, le marasme, la dysenterie, la cataracte, etc., ainsi qu'on l'a souvent répété avec complaisance.

La plique n'est probablement ni *mâle*, ni *femelle*, ni *fille*, ni *mère*, ni *vraie*, ni *critique*, ni *rhumatismale*, ni *goutteuse*, comme on l'a écrit en tant d'ouvrages, et c'est une maladie que guérissent les perruquiers, suivant la remarque spirituelle de M. Des Genettes; elle n'attaque d'ordinaire que les plus sales, les plus négligens, les plus misérables individus, ainsi qu'on l'a bien observé; l'emploi fréquent des bains de vapeurs parmi les Russes et d'autres nations du Nord, fait disparaître cette prétendue maladie; la cachexie, le pica, le goût pour les liqueurs fortes, qui l'accompagne, n'est que le même résultat de la misère, de la saleté, de la négligence, qui se remarque souvent parmi les mendians, et par suite de la disette d'alimens.

Nous avons eu l'occasion de nous convaincre de cette vérité, en faisant diverses recherches sur *l'Histoire naturelle du genre humain*, ouvrage dont nous allons publier une seconde édition. D'abord on sait que plusieurs quadrupèdes sont sujets à la plique, comme des moutons mérinos, des chèvres à longs poils, ainsi que nous l'avons vu; il en est de même de quelques chiens dits caniches, ou barbets à longs poils, qu'on néglige trop de peigner et de baigner, et sur-tout des chevaux dont la crinière et la queue ont les crins véritablement pliqués : nos villageois attribuent cet effet à un prétendu esprit follet; opinion également répandue en Italie (le *foletto*, au rapport de Brera), mais qu'on sait être plutôt un résultat de la négligence de ceux qui soignent ces animaux domestiques, lorsque la sueur, la poussière, le suint onctueux de la peau, servent à l'agglutination des poils ou des crins entremêlés.

Ensuite ce ne sont pas seulement les chevelures blondes, ou rousses, ou châtaines des peuples septentrionaux de race blanche, qui sont spécialement exposées à la plique, comme l'ont écrit MM. Schlegel et Lafontaine; on avait déjà cité des exemples de plique sur les chevelures noires des Tartares Mongols, et le voyageur Corneille de Bruyn (1) a vu un prince Toungouse ou Knez, porter des cheveux pliqués longs de plus de douze pieds.

D'ailleurs, ce n'est point uniquement dans les pays froids, comme on l'a pensé, que se développe la plique, car, outre quelques cas observés en France et en Italie, nous allons montrer qu'elle est plus commune encore sous les climats brûlans des tropiques et chez des peuples très-différens entr'eux.

Ainsi, parmi les Éthiopiens et Abyssins, les Souaquins, les Dongolahs, chrétiens qui conservent leur chevelure, et diffèrent en cela des Maures et Mahométans qui se rasent et font de fréquentes ablutions, il y a des exemples nombreux de plique. En effet, le soleil frappant presque à pic la tête de ces habitans, y détermine un état de sueur continuel, laquelle, jointe à la poussière de ces déserts sablonneux, à la rareté des eaux qui entretient la malpropreté de la peau, doit mastiquer ensemble une chevelure naturellement crêpue, hérissée. Ces sortes de pliques, quoique dans des cheveux assez courts, deviennent bien plus communes parmi les peuplades de Caffres, de Nègres vivant dans l'insouciance et avec une extrême négligence sous leur climat toujours brûlant. Les Hottentots sur-tout, se couchant dans la poussière, se frottant de graisse, de suie et de bouze de vache, portent pour chevelure une espèce de calotte, ou de *tignasse* épaisse, encroûtant leur crâne, et formée de leurs cheveux feutrés au moyen de ces substances grasses et malpropres. Cette

(1) *Voyage aux Indes orientales*, pag. 125, in-4.°

véritable plique, pour n'être que dans la chevelure courte et crêpue, ordinaire caractère de la race nègre, devient la plus inextricable de toutes.

Ce fait se remarque également parmi les autres peuplades de Nègres et de Papous répandues dans l'Archipel des Indes; leur chevelure, naturellement longue et ébouriffée, présente comme une sorte d'échafaudage de perruques entassées, bien qu'on n'y remarque point de ces mèches de cheveux naturellement entortillés, parce que leurs cheveux flottent toujours libres au grand air, et ne sont jamais renfermés sous des bonnets ni toute autre couverture de tête. Ainsi ils ne se feutrent pas pour l'ordinaire. Cette production trichomateuse devient, pour ces peuplades sauvages, une espèce de parasol naturel, et un ornement plus respectable à leurs yeux que ne le furent les vastes perruques du siècle de Louis XIV parmi nous. Le dernier voyage de M. Freycinet, et MM. Quoy, Gaymard, Arago, nous apprennent que les naturels des îles de Rawak, de Vaigiou, d'Ombay près de Timor, et de la Nouvelle-Guinée, portent de ces chevelures prodigieuses (1).

Enfin, les chevelures les plus longues, et dont la plique semble la plus parfaite dans toute la race humaine, sont, sans contredit, celles de divers ordres de fakyrs dans les Indes orientales. Dellon l'avait déjà remarqué dès le dix-septième siècle (2); mais on n'en avait tenu aucun compte, lorsque des voyageurs plus modernes ont renouvelé cette observation.

Ce sont sur-tout les fakyrs consacrés au dieu *Râm*, et nommés *Ramanandys*, qui, vivant dans la plus insigne négligence, présentent ces énormes masses de cheveux

(1) Arago, *Promenade autour du monde*, tome 1.er, pag. 327 et 353, 354, etc.

(2) *Voyage aux Indes orientales*, tome 1.er, pag. 132. Cologne; 3 vol. in-12, 1709. Il voyageait vers 1690.

pliqués (1). M. Leschenault de la Tour en a vu des exemples récens non moins extraordinaires chez les fakyrs *Pandarons* (2) qui s'en font un mérite et s'en glorifient comme d'un témoignage de sainteté. En effet, selon leurs principes, l'homme ne devant rien réformer dans l'œuvre du Créateur, ne mutilera jamais ni la chevelure, ni les ongles, ni aucune des productions naturelles du corps. L'abnégation de soi-même, l'abandon de son corps aux intempéries de l'air, sous l'ombrage des figuiers des pagodes ; l'anéantissement de l'esprit dans des contemplations perpétuelles sur l'immensité et l'éternité, font que les fakyrs passent leur vie étendus à terre sans rien faire, et croupissent dans la plus horrible malpropreté. Ils y deviennent presque hérissés de poils comme les bêtes fauves ; et n'employant leurs doigts à aucun usage, pas même à celui de manger (car les personnes dévotes ont soin de leur mettre les alimens à la bouche, comme à des enfans innocens) ; ils portent aussi des ongles crochus longs de plusieurs pouces. Leur immense chevelure feutrée par la crasse, recouvre assez leurs épaules et leur dos pour leur servir d'une sorte de large et épais matelas naturel sur lequel il se couchent.

Voilà l'homme tel qu'il serait dans l'abandon complet de son être.

Tous ces faits montrent que la plique n'est, par toute la terre, que l'effet de la négligence et de la malpropreté, sur-tout à l'aide de la chaleur, de la sueur, etc. Il serait important de considérer aussi dans les différens climats, plusieurs autres prétendues maladies de la peau qui cèdent aux seuls soins de la propreté.

Ainsi nous pouvons déjà nous passer d'un virus trichomatique pour expliquer tous ces résultats, et il sera tou-

(1) Balthazard Solvyns, *les Hindous*, in-fol., tome 1.$^{er}$, etc.

(2) *Mém. du Muséum d'hist. nat.*, tome 9. Paris, 1822; in-4.°, p. 247, 248.

jours plus avantageux de diminuer le long catalogue de nos maux que de l'augmenter (1).

---

*Recherches et observations sur la* phlegmatia alba dolens ; *par M.* Velpeau, *agrégé et chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.*

Cette maladie est une de celles sur lesquelles nous avons le moins de notions exactes ; et certes, on a lieu d'en être étonné, car il n'en est pas qui laisse d'altérations plus profondes dans les organes qu'elle affecte.

Depuis long-temps déjà, les mots dépôt, rhumatisme

---

(1) Ces recherches ayant été lues à l'Académie, une discussion s'est engagée après la lecture. M. Aumont demande comment M. Vircy explique la formation de la plique dans le fœtus ; il cite à cet égard un fait qui lui a été fourni par M. Niskoski, professeur à Wilna. Un fœtus présentait une mèche pliquée de plusieurs pouces de long, sur le sommet de la tête. M. Aumont dit encore qu'on observe quelquefois la plique chez des vieillards qui ont les cheveux très-rares ; il a vu un noble Polonais qui avait une mèche pliquée grosse comme le bras d'un enfant, laquelle ne tenait à la tête que par quelques cheveux. M. Aumont n'a jamais remarqué la plique chez les juifs, bien qu'ils soient les individus les plus malpropres en Pologne, où M. Aumont est resté deux ans. Il demande d'ailleurs comment on doit considérer les ulcères très-étendus qu'on remarque chez certains individus sur toute la surface du corps, qui ressemblent à des ulcères vénériens, qui s'exaspèrent néanmoins par tout traitement mercuriel, et qui disparaissent, au dire des médecins polonais, lorsque la plique se manifeste. Comment expliquer aussi, par la malpropreté seulement, la formation des différentes espèces de plique, et leur retour avec les mêmes dispositions toutes les fois qu'on les coupe ? MM. Peschu et Niskoski, médecins à Wilna, qui observent la plique tous les jours, la considèrent, dit M. Aumont, comme une maladie spécifique, nullement dépendante de la malpropreté. M. Gasc, qui a observé aussi la plique en Pologne, où il a séjourné plusieurs années, répond aux objections de M. Aumont. Il dit avoir vu le fœtus que possède Niskoski, et prétend que sa prétendue plique n'était que le simple prolongement de cheveux agglutinés qu'on observe chez quelques enfans qui naissent avec des cheveux plus ou moins longs. M. Gasc assure, contre l'assertion de M. Aumont, que les juifs les plus malpropres sont aussi les plus exposés à la plique ; et que les ulcères et autres affections de la peau cités par les auteurs, ne sont encore que des résultats de la malpropreté des habitans de ces contrées. (*Le R.*)

laiteux, métastase laiteuse, et les explications auxquelles ils avaient donné lieu, sont relégués dans l'histoire de l'art et dans l'esprit du vulgaire; mais la théorie qu'on a mise à la place de ces erreurs, quoique plus rationnelle à la vérité, plus conforme aux lois de l'économie vivante et de la formation des maladies, n'en est peut-être pas plus applicable à la généralité des cas. Cette théorie d'ailleurs manque de faits bien discutés, bien appréciés. En effet, où sont les observations d'anatomie pathologique qui démontrent que le mal est primitivement et toujours dans le système lymphatique plutôt que dans les autres ? Avant de répondre à cette question et d'examiner les diverses hypothèses émises sur la maladie qui m'occupe, je rapporterai trois observations qui montreront, il me semble, qu'elle a quelquefois pour point de départ d'autres organes que ceux généralement désignés par les auteurs.

I.re *Obs.* — Vallette, âgée de 18 ans, blanchisseuse, née à Paris, d'une constitution molle, délicate et faible, quoique n'ayant jamais été malade, entra à l'hôpital Saint-Côme, le 9 octobre 1823, pour y faire ses couches qui n'offrirent d'abord rien de particulier; seulement le travail fut un peu long; il dura douze heures. Le 3.e jour, lorsque la révolution laiteuse paraissait sur le point de se terminer, elle apprit une fâcheuse nouvelle. Aussitôt la fièvre redoubla d'intensité, et les seins restèrent fortement gonflés. Le 5.e jour, les lochies cessèrent; il survint de la toux et de la douleur dans la poitrine; le ventre resta souple et non sensible. Cet état se maintint jusqu'au 11.e jour; alors les symptômes diminuèrent, la fièvre cessa; il y eut de l'appétit, quoique la langue restât un peu sèche, mais elle n'était rouge, ni à la pointe, ni sur les bords : la thérapeutique s'est composée jusqu'ici de la diète, d'infusion de tilleul et de potion pectorale. La toux est continue. Le 12.e jour au matin, on s'aperçoit que la malade s'est procuré du vin; on trouve du café sur sa table de nuit, et on s'assure qu'elle en a déjà pris plu-

sieurs fois. Le soir, frisson, tremblement violent, puis fièvre suivie de sueur. Le ventre n'est pas douloureux; il n'y a plus d'appétit; la toux persiste. (*Vésicatoires volans aux cuisses*). Cet accident se renouvelle chaque jour avec les symptômes d'une fièvre intermittente automnale, jusqu'au 16.e jour, où la fièvre cesse; alors mieux général: nouvel écart de régime. 17.e, fièvre, pouls petit, agité; la malade se sent faible; la langue n'est point rouge, mais elle n'est pas humide. (*Diète*) 18.e, mieux; 19.e, appétit; la malade se lève et mange. 20.e, Frisson et tremblement de deux heures, suivi de fièvre, de douleurs dans les aines, dans l'hypochondre et dans le côté gauche du bassin; le ventre se gonfle tout-à-coup; il y a de l'assoupissement. (25 *Sangsues sur le ventre; catap. émoll.*) Le 21.e, la fièvre est moindre, et le météorisme presqu'entièrement dissipé; mais l'abdomen reste sensible à la pression dans la région hypogastrique et inguinale. Jusqu'au 30.e, nul changement remarquable; il y a toujours de la toux sèche; la poitrine est douloureuse et la respiration gênée: cependant le cylindre n'indique aucune lésion dans cette cavité. (*Looch gom.; infus. de coquel.*) La face est pâle, jaunâtre, terreuse; la peau sèche; tout indique une suppuration interne: néanmoins l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucun travail local dans les organes; la toux diminue graduellement. Le 40.e jour, elle a cessé. Le 41.e, le membre pelvien gauche se gonfle, en même temps qu'une douleur violente se déclare dans la fesse, l'aine et la hanche du même côté: cette douleur s'étend bientôt à toute l'extrémité inférieure; le décubitus est impossible de ce côté. Le 43.e, le membre est totalement infiltré; la douleur s'émousse un peu; la pression reste douloureuse dans l'aine seulement; une escarre se forme au sacrum; des frissons suivis de tremblemens violens et de fièvre reviennent de temps en temps d'une manière irrégulière. La langue reste pâle; la soif est vive; l'appétit reparaît momentanément; les forces s'épuisent peu-à-peu

les accès de fièvre sont suivis d'abattement et de prostration; le pouls est tantôt petit et faible, tantôt vîte, fréquent et assez élevé. Le 59.e, le délire survient. Le 60.e, les yeux s'éteignent, sont renversés en haut; les paupières à demi-fermées; la face est livide, le délire augmente; un râle de quelques heures précède la mort qui arrive à neuf heures du soir.

*Nécroscopie trente-six heures après la mort.* — La peau est blanche et terreuse, et la moitié inférieure du corps infiltrée. Le cerveau, le cœur, les poumons, le foie, la rate, l'estomac et les intestins, etc., n'offrent pas d'altération appréciable. L'utérus est revenu sur lui-même, et paraît sain à l'extérieur. Les ovaires et les trompes sont dans leur état naturel. Le membre malade incisé présente une grande quantité de sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, dont les lames sont pâles, blanches et transparentes. Les ganglions lymphatiques de l'aine sont fortement gonflés et rouges. Les muscles sont pâles et petits. Les veines saphènes sont dans l'état naturel. La crurale, examinée dans l'aine, est rouge au-dehors, et sa tunique cellulaire semble être fortement épaissie : cet aspect se remarque également dans toutes les branches profondes de la cuisse, de la jambe, et dans celles qui viennent former l'hypogastrique : ouvertes, ces veines sont remplies d'une matière purulente, concrète, et adhérente à leurs parois, sur-tout aux environs de l'aine et de la fosse iliaque interne. Ailleurs, cette matière est plus ou moins fluide, de couleur gris-blanchâtre lorsqu'elle est seule, et d'un gris plus ou moins noirâtre quand elle est mêlée au sang. Si on enlève cette substance en râclant avec un scalpel, la tunique interne du vaisseau paraît saine; elle est pâle ou blanchâtre, et sans épaississement. La veine iliaque primitive est aussi remplie de la même matière qui se présente ici sous la forme de grumeaux au centre et sous celle de couënne membraniforme à la circonférence in-

terne du vaisseau. Cette veine adhère fortement au-devant de la symphyse sacro-iliaque : il semble que les tissus sous-jacens se sont enflammés en même temps, et qu'il en est résulté cette réunion de l'aponévrose, du péritoine et de la veine qui a perdu beaucoup de son calibre. Du pus se trouve encore dans la veine cave inférieure, depuis son origine jusqu'à l'oreillette où elle va se rendre, qui en est pleine également. Le ventricule droit en présente aussi de même que l'artère pulmonaire, jusqu'à ses secondes divisions où on en perd les traces; mais dans toute cette portion du système veineux, cette matière est mêlée à une grande quantité de sang qui est évidemment altéré dans sa composition. Ce fluide en effet offre ici un aspect fort remarquable : il semble être formé par une grande quantité de petites graines peu consistantes, de couleur variée, qui auraient été mélangées dans un liquide noirâtre, ce qui fait que sa couleur générale est d'un roux foncé, mais irrégulier; les vaisseaux eux-mêmes n'offraient aucune altération appréciable de leurs tissus. Le système veineux pulmonaire et de la veine cave supérieure, non plus que les artères en général, ne présentent pas de traces de lésion. Entre les muscles de la couche profonde postérieure de la jambe, on trouve quelques petits abcès ou collections purulentes, sans kyste ni épaississement du tissu cellulaire environnant. Ce fluide est de couleur gris-roussâtre; il est mal lié et très-fluide, et paraît avoir été déposé plutôt que secrété entre les organes qui le renferment; un abcès semblable, mais plus considérable, est placé entre les muscles de la plante du pied; une petite quantité de liquide sanieux, roussâtre, clair, est renfermée dans la synoviale du genou; cette membrane n'a pas changé de couleur ni d'épaisseur d'une manière sensible. L'articulation pubienne est très-mobile; le fibro-cartilage inter-pubien est ramolli; ses fibres sont écartées, et les intervalles qui les séparent remplis d'un fluide de même nature

que le précédent. La même altération se rencontre dans la symphise sacro-iliaque gauche, dont les ligamens antérieurs et postérieurs sont décollés, épaissis, noirâtres. Les cartilages d'incrustation ont aussi changé de couleur; elle est d'un jaune-brun, plus foncée à la circonférence, plus claire au centre. Plusieurs foyers purulens se trouvent encore derrière cette articulation et dans la fosse iliaque externe. L'articulation coxo-fémorale renferme également une ou deux cuillerées de pus très-fétide, et toute sa face interne est aussi colorée de la même manière que la symphise sacro-iliaque. Le membre droit n'est le siège d'aucune altération sensible.

II.e *Obs.* — Damiens, femme d'environ 35 ans, d'une stature très-élevée et de formes athlétiques, enceinte pour la quatrième fois, entra, pour faire ses couches, à l'Hôpital de la Faculté, le 10 février 1824. Deux mois avant son entrée, elle avait fait une chute sur le dos qui l'avait obligée à rester au lit pendant quelques jours, mais dont elle ne s'était pas ressentie depuis; d'ailleurs sa grossesse s'était bien passée. Le travail fut extrêmement prompt et facile; elle était entièrement délivrée après trois heures de souffrances. Pendant les trois premiers jours, il ne se passa rien de remarquable. Le 4.e, il y eut de la fièvre, des douleurs dans le fond du bassin vers le sacrum. (*Saignée de deux pal. et demie*). Le 5.e, allégement marqué; le ventre n'est nullement douloureux, la fièvre est moindre, mais les mouvemens dans le lit sont difficiles. Le 6.e, les douleurs sont revenues plus vives dans le bassin, et s'étendent comme par irradiations vers les lombes. (*Saignée de deux pal.*). Le 7.e, les symptômes sont diminués; à quatre heures du soir il y a un redoublement avec frisson. (*Saig. de trois pal.*) Le 8.e, les douleurs et la fièvre sont moindres, la malade se trouve assez bien. (*Lav. émollient, infus. de violettes*). Le 9.e, elle est moins bien, le pouls est dur et vîte, la langue est

blanchâtre et la bouche mauvaise. Quoique son ventre ne soit pas douloureux, une pesanteur profonde aux reins, dans les lombes et le bassin, l'empêchent de se tourner facilement dans le lit. Les 10.e et 11.e, même état; la fièvre persiste; de temps en temps il y a de petits frissons. Le 12.e, les douleurs sont plus fortes et s'étendent aux cuisses; les lochies ont toujours bien coulé. (30 *sangs. à l'anus*). Il n'y a pas de sommeil pendant la nuit. Le 13.e, les membres abdominaux sont fortement gonflés, le gauche surtout est très-douloureux. (*Eau végéto-minérale en lot., lav. avec savon*). Le 15.e, une compression légère est établie, les douleurs sont un peu calmées, excepté lors des mouvemens. Le 16.e, la respiration devient suspirieuse, la langue est rousse au milieu, un peu rouge à la pointe et sur les bords. (*Boisson nitrée*). L'excrétion des urines est difficile. 17.e, *idem*. 19.e, diarrhée abondante, les membres semblent désenflés. (*Bourrache, sirop de gom.*) 20.e, les extrémités pelviennes sont de nouveau douloureuses, enflées et rouges; les symptômes généraux sont plus intenses, les évacuations fréquentes et involontaires; le ventre se météorise sans être douloureux. (*Eau de riz, sirop de gom., lot. émol.*) Le 21.e, *idem*. 22.e, la respiration est plus gênée, toujours suspirieuse; il y a des envies de vomir; la malade se sent très-faible et fort abattue. (*Vésicat. aux cuisses*). Jusqu'au 25.e tous les accidens se sont graduellement augmentés, le ventre s'est météorisé, la langue est devenue de plus en plus sèche, rousse, noire, et les dents fuligineuses. La prostration s'est accrue. Il est survenu de la stupeur, ainsi que tous les autres signes de l'adynamie la plus complète. La mort a eu lieu le 26.e, à cinq heures du matin. Il n'y a eu de délire que dans les dernières vingt-quatre heures.

*Nécroscopie* trois heures après la mort. Le crâne n'a pas été ouvert. Thorax: tout est dans l'état naturel. Abdomen: il renferme à peu près deux livres de sérosité

citrine. Le péritoine est rouge légèrement par plaques; en général il est ramolli, épaissi, et comme infiltré en certains endroits. L'utérus est plus volumineux que le poing, et plus gros à gauche qu'à droite; le ligament large de ce côté est dur, épais de plus d'un pouce; il offre plusieurs plaques noirâtres à l'extérieur, dans lesquelles il y a plusieurs petits foyers purulens. La matrice incisée présente aussi, dans les points correspondans, du pus infiltré et plusieurs petits abcès; l'ovaire et la trompe sont fortement enflammés, désorganisés, et pleins de matière purulente. Du côté opposé, l'ovaire seulement paraît avoir été le siége d'une vive inflammation; cependant il ne renferme que deux points suppurés de la grosseur d'une lentille. Le point d'attache du placenta était réduit en une couche mince, mais assez large, de matière grise, noirâtre, dont plusieurs canaux veineux étaient remplis; presque tous ces canaux du côté gauche étaient remplis de pus concret et jaunâtre dans quelques endroits, gris blanchâtre et plus ou moins fluide dans d'autres. Les branches veineuses qui vont former l'hypogastrique, et qui viennent de la fesse et du pourtour de la vulve, renferment de la même matière, seule dans quelques vaisseaux, mêlée à du sang livide, roussâtre et grumeleux dans les autres de ce côté. Le membre abdominal droit est légèrement gonflé et infiltré; le gauche l'est énormément; la peau y est pâle et transparente; de vastes abcès, placés dans tous les sens et profondément entre les muscles, le remplissent d'un bout à l'autre. Le pus de ces collections est de couleur blanc de lait, grisâtre, en général assez fluide, plus consistant dans quelques points où il se trouve des masses filandreuses assez difficiles à délayer. Dans toutes les veines profondes de la jambe, dans la fémorale, l'iliaque, la veine cave et l'oreillette droite, il y avait, en d'autant plus grande quantité qu'on était plus rapproché des rameaux, de la ma-

tière purulente mêlée au sang; elle était mêlée à ce fluide de manière à lui donner l'aspect d'œufs brouillés : très-noire dans les gros troncs, elle était dans les branches répandue par petits grumeaux, ou concrétée et réduite en cordons fibrineux et albumineux. Les ganglions de l'aine et du bassin étaient doublés, triplés de volume, d'un rouge jaunâtre ; plusieurs offraient des points tuberculeux blancs ou roussâtres. Un assez grand nombre de vaisseaux lymphatiques étaient pleins de pus ; le canal thoracique lui-même en contenait aussi : toutes ces altérations existaient dans le membre droit, mais à un degré bien moins prononcé. L'intérieur des intestins et de l'estomac ne présente aucune altération appréciable ; une plaque rougeâtre seule dans le grand cul-de-sac de l'estomac, et quelques autres vers la fin de l'intestin grêle, ainsi que l'épaississement de la membrane, sont les seules lésions qu'on y remarque. En examinant le fond du bassin, on remarque que le *mesorectum* est moins souple que de coutume, que le tissu cellulaire et le péritoine qui le séparent et le maintiennent dans ses rapports naturels avec le sacrum et la symphise sacro-iliaque gauche sont endurcis, noirâtres, et légèrement soulevés au-devant des os. Ces parties incisées, on trouve derrière elles plusieurs cuillerées de matière purulente, noire, roussâtre et très-fétide ; toutes les parties molles sont décollées du devant de l'articulation, depuis la grande échancrure ischiatique jusqu'à la fosse iliaque. Cette matière s'introduit entre les surfaces articulaires, et va infiltrer le ligament postérieur qui est ramolli et beaucoup moins consistant que dans l'état naturel ; du reste, les cartilages existaient encore, et toutes les parties dures n'étaient altérées que dans leur couleur. La symphise pubienne était un peu relâchée ; mais, de même que l'autre articulation postérieure, elle n'offrait pas de lésion appréciable.

III.e *Obs.* — Lefèvre, âgée de 24 ans, des environs de

Montereau, où elle se livrait depuis son enfance aux travaux de la campagne, jouissait habituellement d'une santé robuste. Cette femme eut une couche prompte et heureuse, il y a cinq ans. Devenue enceinte de nouveau, elle vint à Paris, et fut reçue à la Maternité huit jours avant l'accouchement qui eut lieu le 28 avril 1824. A son dire, le travail fut long et pénible, la tête resta longtemps au passage, et quelques sages-femmes exercèrent des manœuvres qui furent blâmées par le chirurgien en chef. Néanmoins, les trois premiers jours se passèrent bien; le 4.e, il y eut des douleurs assez vives dans les aines et le bassin, douleurs qui s'étendirent bientôt dans tout le ventre; 40 sangsues furent placées à l'anus, et les accidens furent presque entièrement calmés. Le 5.e jour, la malade se trouvant beaucoup mieux, et n'aimant pas le séjour de la Maternité, pria qu'on la laissât sortir; ce qui lui fut accordé. Transportée chez elle, elle fut obligée de monter seule à un cinquième étage; aussi à peine y fût-elle couchée, que des frissons parurent, et que la fièvre devint plus forte; le soir, il y eut une agitation générale, tout le corps devint douloureux, mais plus particulièrement dans le bassin et les membres. Le 6.e jour, on la fit venir à l'hôpital de la Faculté où elle se présenta dans l'état suivant: Physionomie naturelle et gaie; Lefèvre répondait juste et rendait bien compte de son état; la bouche était un peu sale, la langue blanche, jaunâtre, la soif assez vive, la respiration courte, mais paraissant naturelle; le pouls petit, faible et fréquent; la peau est sèche et brûlante, le ventre très-volumineux, mais la malade assure que cette disposition lui est naturelle. Quoi qu'il en soit, on le presse dans tous les sens très-fortement, sans que cette pression occasionne le moindre signe de douleur. Par la percussion on reconnaît qu'il n'y a pas de liquide dans le ventre, et que les intestins sont dilatés par des gaz. Les membres thoraciques sont douloureux pro-

fondément quand on les remue, mais ils sont à peine gonflés. Les inférieurs sont plus douloureux encore, mais ils commencent à s'œdématier : ces dernières douleurs semblent venir des reins et parcourir le bassin pour arriver aux membres. (*Saignée de trois pal.*) Le 7.[e], la malade se dit mieux, mais le pouls est plus petit et plus faible. Dans la journée, les douleurs deviennent plus vives dans les membres; il n'y en a pas dans le reste du corps. La bouche, la langue sont plus sèches, la diarrhée qui existe depuis deux jours augmente d'une manière marquée. (*Lav. émol.; une saignée de deux pal. est prescrite, mais on n'en peut obtenir qu'une*). Le soir, la diarrhée est plus forte encore; les douleurs se font particulièrement sentir dans la partie postérieure gauche du bassin et les membres pelviens qui sont un peu plus gonflés. (40 *sang. à l'anus*). Délire toute la nuit; diarrhée très-abondante qui épuise la malade; pas de sommeil. Le 8.[e] au matin, la face est peu changée; la langue est sèche et rousse, la soif intense, la respiration courte et douloureuse. L'épigastre, et non le reste de l'abdomen, est sensible; il y a quelques envies de vomir; la diarrhée continue, le pouls est très-petit, la peau est chaude et très-colorée, les yeux se renversent sous la paupière supérieure. (30 *sang. à l'épig.*) Le pouls devient insensible; la prostration est complète; Lefèvre pousse, d'une voix glapissante, quelques cris dans son délire, et elle meurt à deux heures après midi.

*Nécroscopie 44 heures après la mort.* — Le cadavre est celui d'une femme forte, ayant beaucoup d'embonpoint. Il y a beaucoup de vergetures sur le devant du cou et de la poitrine; le ventre, relevé en pointe, est très-saillant et ballonné; les organes contenus dans le crâne et le thorax sont sains. Dans l'abdomen, le péritoine est enflammé dans toute son étendue; environ deux litres de liquide séro-purulent s'y rencontrent, ainsi que plusieurs

couches albumineuses en forme de couenne, qui se trouvent appliquées sur différens organes. Les trompes et les ovaires sont encore gonflés, mais pas plus rouges que les autres viscères. La matrice présente le volume qu'elle doit naturellement avoir à cette époque de la couche. En la séparant, ainsi que le vagin, du rectum, on trouve les ganglions lymphatiques du mésorectum et de presque toute la partie postérieure du bassin, grisâtres et entourés d'une matière blanchâtre, comme purulente. En continuant vers le périnée, on voit une ouverture offrant les dimensions d'une pièce de trois livres, qui faisait communiquer le vagin avec l'intervalle qui le sépare du rectum; c'est-à-dire, que cette perforation se prolongeait dans le tissu cellulaire qui réunit ces deux organes, de manière à former là un foyer purulent, noirâtre, capable de contenir un œuf de poule, et communiquant avec le foyer de suppuration des autres parties du bassin; l'utérus ne présente rien de remarquable. Le sang des veines caves et sous-clavières, et de l'oreillette droite, était roussâtre et séreux; il offrait en assez grande quantité des stries blanchâtres, jaunes, rousses, ou des grumeaux de même couleur, mêlés ensemble et à la fibrine.

Les articulations des membres supérieurs ne présentent pas d'altération qui puisse être remarquée. Au bassin, la symphise postérieure droite est saine et très-solide; l'antérieure est souple et relâchée; les fibres du ligament interpubien sont écartées, souples et très-developpées; cependant cette articulation ne parut pas malade. Du côté gauche, l'expansion fibreuse qui forme le ligament antérieur, ainsi que le périoste de la moitié antérieure du sacrum et de la fosse iliaque correspondante, étaient totalement décollés et séparés des os par un fluide purulent, jaune, roussâtre, très-liquide; ce même liquide remplissait aussi la moitié antérieure de l'articulation où les cartilages étaient altérés et participaient à la

même teinte; cette altération ne se prolongeait pas davantage en arrière, et s'arrêtait justement à l'endroit où se fixaient les ligamens sacro-iliaques postérieurs; en haut, elle se portait jusqu'au ligament ilio-lombaire, et en bas elle finissait à la grande échancrure sciatique.

Les autres parties du bassin n'ont présenté rien autre chose de remarquable, si ce n'est quelques grumeaux pointillés de jaune, de blanc, de gris, de noirâtre, dans les branches de la veine hypogastrique; du reste, le sang était beaucoup moins altéré dans ce sujet que dans les deux autres.

Dans ces trois observations, on a dû remarquer des points qui leur sont communs et d'autres qui sont particuliers à chacune d'elles, soit sous le rapport des symptômes, soit sous celui des lésions cadavériques. Parmi ces points, il en est plusieurs que je ne crois pas devoir examiner ici, vu qu'ils me serviront mieux dans les mémoires qui doivent suivre celui-ci. Ainsi, par exemple, les violens frissons, l'aspect de la peau et l'état des fluides du cadavre, chez Vallette, sont des phénomènes assez remarquables suivant moi, mais qui se rattachent naturellement à la partie où je parlerai des altérations du sang; les changemens observés dans les apparences physiques de ce liquide chez les sujets de la seconde et de la troisième observations, de même que l'état de stupeur et d'angoisse de Damiens s'y rapportent également. On voit encore dans ces deux derniers cas que les signes d'inflammation du péritoine étaient loin d'annoncer les altérations qu'on a trouvées dans cette membrane; particularité que je renvoie aux remarques que j'ai à faire sur la péritonite puerpérale; enfin l'état adynamique dans lequel sont mortes ces trois femmes, et les divers symptômes qui le constituent, ainsi que l'état de la membrane muqueuse des voies digestives seront reportés dans l'article où je m'occuperai de la diversité des inflammations. De manière qu'aujourd'hui

je ne prendrai dans ces trois sujets que ce qui se rattache directement au titre de ces observations.

Quoiqu'il n'y ait aucune raison de croire que les femmes n'aient pas été sujettes dans tous les temps à cette maladie, pendant ou à la suite de leurs couches, il est vrai néanmoins qu'elle n'a guère été remarquée par les anciens auteurs; ce qui semble s'y rapporter dans les écrits d'Hippocrate, se trouve toujours réuni à l'histoire de maladies différentes. Il en est de même de quelques traits qu'on a cru remarquer dans Priscianus, Paul d'Égine, Ætius, et plusieurs des auteurs dont Wolf et Spachius ont rassemblé les travaux relatifs aux maladies des femmes. Souvent encore, depuis Mauriceau, Delamotte, etc., on a confondu le *phlegmatia alba dolens* des femmes en couches avec l'érysipèle, des abcès, le rhumatisme ou l'anasarque, et des infiltrations dues à des causes tout-à-fait différentes. Il faut même convenir que malgré ce qu'en ont dit Puzos, Levret et un grand nombre de modernes, on est loin encore d'être d'accord sur son étiologie et sur sa fréquence, les uns la regardant comme très-rare, tandis que d'autres paraissent la rencontrer assez souvent. Ainsi White ne l'a vue que cinq fois sur dix-huit cent quatre-vingt-dix-sept femmes accouchées à Westminster; Hull, quatre fois seulement sur huit mille à l'hôpital de Manchester, et le docteur Thomas assure ne l'avoir rencontrée que trois ou quatre fois dans le cours d'une pratique de quarante-cinq ans. Puzos au contraire, ainsi qu'Antoine Petit, M. Gardien et plusieurs autres, paraissent avoir eu souvent occasion de la traiter. Il paraît qu'elle se développe assez rarement aussi à l'hôpital de la Maternité de Paris, ainsi que dans les divers hôpitaux où on reçoit les femmes en couches; de sorte qu'en réalité on peut croire qu'elle ne se montre pas fréquemment. Quoi qu'il en soit, sur environ quatre-vingts femmes accouchées dans l'hôpital de la Faculté depuis le mois d'octobre 1823,

trois en ont été prises et y ont succombé, et dans ce moment encore une quatrième, délivrée, il a y quatre jours, en éprouve les symptômes primitifs; de plus, une cinquième en est guérie après un traitement très-actif et deux mois et demi de souffrances et de dangers. Mais il n'y a rien ici qui doive surprendre, puisque toutes, comme on peut le voir dans leur histoire, ont commis les imprudences généralement regardées comme causes déterminantes de cette maladie. Ces causes, en effet, sont regardées d'un commun accord comme étant les mêmes que celles des affections rhumatismales en général; et dans les cas dont je parle, on voit que la première se lève, marche et s'expose au froid, lorsqu'elle est encore loin d'être rétablie; insouciante d'ailleurs et très-sale par caractère, elle était continuellement mouillée dans son lit. La seconde est aussi sortie du lit le lendemain de sa couche, a fait quelques pas et a reçu un courant d'air qui l'a obligée de se recoucher de suite. Quant à la troisième, quoiqu'elle portât une maladie mortelle en sortant de la Maternité, il suffisait bien, je pense cependant, de monter seule au cinquième étage pour produire la maladie, qui chez elle commençait à se joindre à la péritonite puerpérale. Mais si, dans ces trois cas, les causes déterminantes n'ont rien de bien remarquable, il n'en est pas de même à mon avis des causes efficientes ou prochaines; et c'est là le point essentiel de ce mémoire. C'est ce point surtout sur lequel je prie l'Académie de vouloir bien arrêter un moment son attention. Car, trop prévenu peut-être en faveur de l'opinion que je vais émettre à cet égard, j'ai besoin de son jugement pour me tirer de l'erreur si j'y suis tombé.

Après avoir examiné attentivement la marche de la maladie dans ces trois femmes, après avoir comparé cette marche aux altérations trouvées sur le cadavre, j'ai cru qu'on pouvait regarder comme certain que le point de

départ du mal était dans les symphises ou dans les veines. Voici les raisons sur lesquelles je me fonde : dans le premier cas, des douleurs sourdes et assez violentes se font sentir chez cette femme, le vingtième jour de sa couche, après s'être levée, avoir marché, et commis plusieurs écarts de régime. Ces douleurs portent particulièrement dans le fond du bassin et vers le mont de Vénus. Le moindre mouvement exaspère ces accidens, auxquels se joint de la fièvre, etc.; ils persistent, mais en diminuant graduellement jusqu'au quarante-unième jour, époque à laquelle les douleurs reparaissent plus vives que jamais et dans les mêmes points, avec cette différence seulement que la hanche et tout le membre gauche y participent également, en même temps que ces parties se gonflent et présentent l'aspect indiqué dans l'observation. A mesure que le gonflement s'étend et devient plus égal sur tous les membres, la peau prend une teinte érysipélateuse par plaques irrégulières qui se remarquent indifféremment sur tous les points de l'extrémité inférieure, et les douleurs diminuent de violence dans le bassin et la hanche, et même aussi dans le membre. Cet état dure une vingtaine de jours pendant lesquels cette malade ne peut aucunement remuer l'extrémité inférieure du tronc, sans qu'il lui semble, comme elle dit elle-même, que son bassin va se briser. Enfin elle meurt épuisée, et l'autopsie montre dans les symphises une matière ichoreuse, roussâtre, purulente; ses articulations sont écartées et mobiles, leurs surfaces sont altérées; le périoste, les ligamens antérieurs de la symphise postérieure gauche sont décollés, épaissis, noirâtres dans la portion qui regarde les os, entre lesquels on trouve aussi une assez grande quantité de la matière sus-indiquée, matière qui a porté le décollement jusque dans la fosse iliaque, et qui se propage en traversant l'articulation en arrière dans les foyers purulens qu'on trouve entre les muscles. Ces parties, décol-

lées au-devant de la symphise, sont unies à la veine iliaque correspondante, dont les parois sont épaissies et coriaces dans ce point. Cette veine, ainsi que toutes les branches profondes qui viennent s'y rendre du bassin et du membre inférieur, sont remplies de véritable pus depuis le pied jusque dans ce point. Enfin, de nombreux mais petits abcès se sont formés dans ces diverses parties.

Il n'est possible, ce me semble, de rapporter tous ces phénomènes qu'à deux causes, ou à l'affection des symphises ou à la maladie des veines. Il s'agit seulement de déterminer si c'est à la première ou à la seconde ou bien à toutes les deux en même temps. Si l'on considère la question sous ces deux points de vue, on voit que les frissons, l'aspect terreux de la peau, ainsi que l'infiltration des parties peuvent très-bien s'expliquer par l'état des veines et le transport du pus qu'elles contenaient dans le torrent circulatoire ; mais d'un autre côté ces frissons, etc., existaient long-temps avant l'affection des membres qui n'a paru qu'après les douleurs, et ces douleurs ne peuvent dépendre que de l'altération des articulations. En outre, cette maladie des articulations était probablement déjà assez avancée lorsque les accidens graves se sont développés ; et n'est-ce pas alors que les vaisseaux contigus, que la veine iliaque, auront été compris dans les tissus enflammés, que le pus ou les autres fluides altérés auront été absorbés, et que la circulation veineuse ou lymphatique empêchée ou entravée dans le membre, en même temps que la phlegmasie du bassin s'y propageait, aura été la cause de tout ce qu'on y a remarqué? Je crois n'avancer qu'une conséquence assez naturellement tirée des faits, en disant qu'ici le principe du mal était dans les articulations ; que c'est de là qu'il est parti, et que le reste ne doit être regardé que comme dépendance ou comme consécutif.

Du reste, si la chose paraissait encore obscure, la

II.^e observation pourra servir à l'éclaircir. En effet, ici les veines ne sont pas enflammées; seulement elles contiennent de la matière purulente mêlée au sang, mais qui était libre et nullement adhérente à leurs parois; matière enfin qui paraissait y être arrivée par absorption, et non pas y avoir été formée. L'affection des articulations au contraire est la même; les douleurs ont eu le même caractère, le même siège; elles ont également précédé le gonflement des membres; gonflement qui s'est comporté de la même manière que dans le premier cas, si ce n'est que le tout a marché plus vîte, et qu'il en est résulté des collections plus nombreuses et plus vastes; enfin, la marche générale a été semblable, et les altérations sont analogues, moins la phlébite : de sorte qu'on doit être porté à croire, je pense, que dans les deux cas le mal occupait les mêmes points, et que ces points étaient les symphises, à moins qu'on ne voulût le rapporter dans le second à la péritonite, ou dans les deux à l'affection des lymphatiques; ce qui me semble impossible, car il est évident que dans l'un la séreuse abdominale n'a été prise que dans les derniers temps de l'existence de la malade, et que dans les deux les vaisseaux blancs et leurs ganglions n'étaient pas malades en raison de la désorganisation des autres parties, et qu'en outre ils n'avaient été lésés que consécutivement. De plus, le troisième cas vient encore à notre secours pour lever les doutes à cet égard s'il en restait. Effectivement, des douleurs du même genre se manifestent dans les mêmes parties et avec tous les attributs qui les caractérisent; elles s'étendent bientôt, comme dans les deux observations précédentes, dans toute l'étendue des membres. Mais au moment où ceux-ci commencent à se gonfler comme à l'ordinaire, la malade meurt par l'effet d'une lésion profonde d'un autre genre, et l'examen cadavérique démontre encore ici une affection grave de l'articulation sacro-iliaque gauche, et un ramol-

lissement de la symphyse pubienne avec écartement. Les veines au contraire et les lymphatiques sont à peine altérés dans les extrémités et dans le bassin, excepté dans les environs de la déchirure du bassin et autour de l'abcès qui s'est formé entre ce canal et le rectum, où leur état s'explique suffisamment par cette dernière altération qui sans doute est bien innocente de ce qui s'est passé dans les membres et dans les articulations du bassin. Elle ne peut tout au plus servir qu'à rendre compte des changemens qu'on a cru remarquer dans l'état du sang chez cette femme ; de sorte que maintenant je ne vois pas qu'il soit possible de rapporter le mal à une autre cause qu'à celle que je viens d'indiquer.

Mais en admettant ici cette cause comme démontrée, doit-on en conclure qu'elle a joué le même rôle dans les cas relatés par les auteurs? Il n'est pas si facile de répondre à cette question qu'on pourrait le croire d'abord; car si nous manquons d'observations d'anatomie pathologique qui plaident en faveur de cette opinion, il ne s'ensuit pas que les altérations n'aient pas existé dans les mêmes points, mais seulement qu'on ne les a pas cherchées ; de manière que si l'on ne peut pas dire qu'elle y était, on n'est pas en droit non plus d'affirmer qu'elle n'y était pas. Il y a plus même ; c'est que s'il était permis de se livrer à des probabilités, d'après les symptômes énumérés dans les observations qu'on a recueillies de cette maladie, on serait porté à croire que cette cause est peut-être plus réelle dans un grand nombre de cas, que la plupart de celles auxquelles on l'attribue. En effet, il suffit de jeter un coup-d'œil sur les motifs qui servent de base aux diverses opinions des médecins sur cette affection, pour se convaincre qu'il reste encore bien du vague sur son étiologie, et pour voir que les symptômes décrits par eux peuvent tout aussi bien dépendre de l'inflammation des symphises que des autres causes auxquelles ils les rappor-

tent. Ainsi, Puzos, Levret, White, Doublet, Ferriar, etc., traçant la marche de l'engorgement blanc des membres des femmes en couches, l'ont tous indiqué de la même manière; et cette marche paraît si vraie et si constante à M. Gardien, qu'il se contente de la transcrire d'après eux, afin, dit-il, de ne pas plier les faits pour les faire cadrer avec la théorie qu'il défend. Voici ses propres expressions: « Cet engorgement se déclare rarement avant le cinquième ou sixième jour des couches, le plus ordinairement vers le dixième ou douzième, et quelquefois même plus tard, comme à six semaines, etc.; la femme éprouve un malaise universel, des frissons irréguliers, un engourdissement à la cuisse du côté où se fait l'infiltration; une seule cuisse est ordinairement affectée. Avant que l'accouchée se plaigne de ressentir une douleur dans l'aîne et la partie supérieure de la cuisse, qui est l'annonce que l'infiltration est à craindre, elle commence souvent par éprouver une pesanteur et des douleurs sourdes dans le bassin...... La maladie peut encore se déclarer sans gonflement sensible et sans changement de couleur à la peau......, » etc.

Il est rare que l'enflure ne succède pas à la douleur; au bout d'un jour ou deux, la douleur diminue, et la cuisse se tuméfie; le gonflement continue pendant huit ou dix jours, etc. Or, je le demande d'après ce tableau, quelle est l'opinion qui réunit le plus de probabilités? de celle de Withe, qui veut que la maladie soit due à l'engouement et à la rupture des lymphatiques? de celle de Trye et de Denmann, qui pensent qu'elle tient à une lésion du même système, mais lésion qui est déterminée par l'absorption de fluides irritans et décomposés, pris dans l'utérus? de celle du docteur Hull, qui l'attribue à la contusion, au tiraillement et à la déchirure de quelques-unes des parties contenues dans le petit bassin, lors de l'accouchement, etc.? de celle du docteur Ferriar, qui ajoute

à cette dernière, d'une manière plus spéciale, la pression des nerfs sacrés et des vaisseaux iliaques? enfin, de celles des docteurs Thomas, Gardien, etc., qui la regardent comme de la même nature que la maladie des Barbades, si bien décrite par le docteur James Hendy, c'est-à-dire, comme une simple phlegmasie des vaisseaux lymphatiques et de leurs ganglions, ou bien de celle qui admettrait comme lésion primitive l'altération des symphises ou des veines, en laissant de côté d'ailleurs les idées de Puzos, de Doublet, etc., relatives aux transports métastiques du fluide laiteux, d'autant mieux que, d'aucune manière, elle ne peut changer l'état de la question, puisqu'il resterait toujours à déterminer quel est le tissu ou l'organe par lequel se fait le premier travail morbide
Ces diverses théories ont toutes été établies d'après un raisonnement plus ou moins spécieux; mais aucune n'est appuyée sur des faits bien observés, et les altérations qu'on a trouvées sur le cadavre sont certainement loin d'être suffisantes pour rendre l'une d'elles incontestable. Celle qui paraît être le plus généralement adoptée maintenant, par exemple, ne peut que difficilement rendre raison, à mon avis, de ce qui a lieu dans les différentes périodes de cette maladie. Les propriétés connues des lymphatiques ne permettent guère de croire qu'ils soient susceptibles de produire une affection aussi aiguë et aussi dangereuse que l'est souvent celle-ci. Combien de fois les ganglions du mésentère, du bassin, de l'aine, etc., n'ont-ils pas été trouvés gonflés, suppurés, entièrement désorganisés ou violemment enflammés, dans le carreau, dans les affections cancéreuses, scrofuleuses, syphilitiques et autres, sans que rien de semblable se soit montré dans les membres? En outre; leur altération a plutôt été soupçonnée dans le cas dont il s'agit que démontrée, car on possède bien peu de recherches d'anatomie pathologique sur ce point; et encore ce que l'on trouve dans les ouvrages qui en traitent ne

prouve presque rien. En effet, on rencontre les ganglions engorgés, gonflés et rouges, mais ils le sont dans presque toutes les phlegmasies des viscères abdominaux, et personne jusqu'ici ne s'est avisé de les regarder alors comme le siége primitif de ces maladies. Cependant on ne voit pas que, dans l'engorgement des membres chez les femmes en couches, la désorganisation de ces ganglions soit portée beaucoup plus loin que dans tout autre cas; ce qui même pourrait être encore, sans qu'ils fussent pour cela la cause première du mal.

Il est inutile de rapporter de plus longs détails à cet égard; ceux dans lesquels je viens d'entrer, et les faits auxquels ils se rattachent, suffisent, je crois, pour qu'on en puisse tirer les conclusions suivantes :

1.° Le gonflement aigu des membres abdominaux, chez les femmes en couches, reconnaît pour cause, dans quelques cas au moins, une inflammation des symphises ou des veines;

2.° D'un autre côté les accidens observés sur le vivant se rapporteraient aussi bien à une lésion grave des veines profondes, qu'à celle des lymphatiques;

3.° Jusqu'à présent il reste encore à démontrer que ces derniers organes soient véritablement la cause du *phlegmatia alba dolens*.

4.° Des maladies de nature tout-à-fait différente ont été rangées sous le même titre, et c'est là ce qui a pu en imposer, et contribuer à répandre la confusion sur cet objet d'ailleurs assez obscurément décrit par un grand nombre de médecins.

Il me reste encore une remarque à faire, remarque dont je ne prétends pas tirer de conséquences rigoureuses, mais qui semble cependant devoir être notée. Il est assez singulier, en effet, que dans les observations que j'ai rapportées, toutes les trois offraient l'altération du côté gauche, et que, dans les trois cas, l'enfant est venu

en première position, c'est-à-dire, l'occiput derrière la cavité cotyloïde gauche. La tête aurait-elle pressé plus fortement dans ce sens que dans l'autre, de manière à tirailler davantage la symphise postérieure de ce côté? Est-ce une coïncidence nécessaire, ou bien une simple circonstance éventuelle due au hasard? La réponse à ces questions exige d'autres faits, et je l'abandonne aux praticiens qui voudront bien s'en occuper, de même que le soin de justifier ou d'infirmer la manière de voir émise dans ce mémoire, à laquelle je n'attacherai d'importance qu'autant qu'elle sera reconnue vraie; car si au contraire de nouveaux faits démontrent qu'elle est fausse, je la rejetterai aussitôt et sans répugnance.

Quant aux affections observées dans les divers autres organes de ces trois sujets, je n'entrerai point, je le répète, dans la discussion des explications qu'on en peut donner, parce qu'elles se rattachent à d'autres faits que j'examinerai plus tard.

---

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ce travail confirme l'opinion généralement reçue touchant la nature de l'engorgement dont les membres abdominaux deviennent le siège chez les femmes en couches. Cet engorgement, bien différent en effet de l'engorgement tout mécanique qui survient quelquefois pendant le cours de la grossesse, n'est pas, dans la plupart des cas, une simple infiltration séreuse; c'est un véritable phlegmon, ainsi que le prouvent, soit les causes, soit les symptômes et la marche de la maladie, soit la nécroscopie. Plusieurs auteurs ont effectivement signalé comme une lésion ordinaire, dans ces espèces d'engorgemens, des foyers purulens, soit dans le membre tuméfié, soit dans le bassin. Ils ont très-bien vu que l'inflammation semblait partir du bassin, et ne se propageait à l'un ou l'autre membre que consécutivement. On a vu aussi l'en-

gorgement des ganglions lymphatiques; on l'a considéré comme cause de l'infiltration du membre. Sur ces différens points, nous le répétons, les observations de M. Velpeau ne sont que confirmatives des observations déjà publiées sur ce sujet...... Mais ce que ces observations contiennent de neuf et de fort remarquable, c'est la double altération des symphises et des veines. L'inflammation des surfaces articulaires, qui semble avoir été l'un des premiers points de départ de la maladie, ne nous paraît point avoir fixé jusqu'à présent l'attention des observateurs. Les veines semblent avoir été, dans un cas, véritablement enflammées; dans l'autre elles semblent seulement avoir absorbé le pus qu'elles contenaient : dans les deux cas d'ailleurs, l'obstruction de leur cavité a coïncidé avec l'infiltration du membre d'où elles tiraient leur origine. Dans le troisième cas, il y avait infiltration sans véritable obstruction veineuse ; mais cette infiltration était légère, et le seul engorgement des ganglions lymphatiques ne pouvait-il pas la causer? Ces faits nous paraissent donc éminemment propres à confirmer les recherches faites récemment par M. Bouillaud, sur la cause toute mécanique d'un certain nombre d'œdèmes partiels.

Déjà Morgagni, dans les ouvrages duquel on trouve les germes de tant d'idées utiles, exploitées, fécondées, agrandies par ses successeurs, Morgagni avait vu plusieurs hydropisies coïncider avec une oblitération des veines. D'anciennes expériences de Lower, répétées dans ces derniers temps par M. Foderà, avaient également montré qu'on peut produire l'œdème d'un membre par la ligature du tronc veineux principal de ce même membre. De nos jours, MM. Chaussier, Meckel, Travers, Hogdson, Breschet, etc., etc., ont vu aussi coïncider l'oblitération des veines avec l'œdème de la partie où ces veines se distribuent.

Depuis la publication des intéressantes recherches de M. Bouillaud, qui le premier a rassemblé ces faits épars et en a donné une exacte interprétation, des faits semblables ont été recueillis en grand nombre dans les différens hôpitaux de Paris. J'en ai vu moi-même quelques-uns dont je demanderai la permission de rapporter ici un extrait.

Une femme de trente ans environ succomba à la Charité, trois semaines après être accouchée, à une phlegmasie pulmonaire. Pendant les neuf ou dix derniers jours de sa vie, le membre abdominal gauche devint le siège d'un œdème considérable qui s'étendit successivement du pli de l'aîne au pied. On trouva la veine fémorale et ses principales divisions remplies et véritablement obstruées par un sang concret fortement adhérent aux parois veineuses formées de plusieurs couches, comme dans le sac d'un ancien anévrysme, et contenant une sorte de liquide purulent à son centre. Nous examinâmes les veines du membre droit qui n'était point infiltré; elles ne contenaient qu'une petite quantité de sang liquide.

Un homme succomba dans les salles de la Charité, à une phthisie pulmonaire. Pendant le court séjour qu'il fit à l'hôpital, on observa un œdème des membres inférieurs, mais cet œdème était beaucoup plus considérable à gauche qu'à droite. Du côté où l'infiltration était la plus grande, on trouva toutes les veines superficielles et profondes, ainsi que la veine iliaque externe, presqu'entièrement obstruées par un sang grumeleux semblable à une sorte de lavure de chair adhérant intimement aux parois vasculaires. On conçoit à peine comment, dans ce membre, la circulation veineuse pût encore continuer à l'aide de quelques collatérales. Au contraire, du côté où l'œdème était moindre, l'obstruction des veines, bien qu'encore assez marquée, était toutefois et moins générale et moins considérable. Ainsi, dans la plupart des veines de ce

côté, les couches fibrineuses déposées à leur surface interne laissaient encore au centre du vaisseau un étroit canal à travers lequel le sang pouvait encore couler des extrémités vers le cœur.

Une femme de 50 ans environ, succomba dans les salles de la Charité, à un cancer de l'utérus. Il y avait chez elle ascite et infiltration considérable des deux membres abdominaux. Les veines des extrémités pelviennes, depuis le pied jusqu'à l'aîne, étaient fortement distendues dans leurs gros troncs, comme dans les petites ramifications, par un sang concret semblable aux couches fibrineuses des anévrysmes artériels, et comme ces couches, intimement adhérentes aux parois vasculaires qui étaient rouges et semblaient épaissies. Un pareil état du sang se retrouvait dans les veines iliaques externes, hypogastriques et leurs divisions, iliaques primitives, dans la veine cave inférieure jusqu'un peu au-dessous de son passage à travers le diaphragme, dans les veines spléniques et mésentériques ; enfin, dans le tronc même de la veine porte. Les veines des membres supérieurs, au contraire, et les gros troncs qui résultent de leur réunion, ne contenaient qu'un peu de sang liquide : ces membres n'étaient point infiltrés.

Assez de faits établissent donc une remarquable corrélation entre l'existence d'un certain nombre d'hydropisies et l'existence d'une oblitération plus ou moins étendue du système veineux. Si l'on réfléchit en outre que cette oblitération n'existe que là où l'hydropisie a son siége, et qu'enfin l'on trouve un rapport souvent rigoureux entre la grandeur de l'obstruction veineuse et la quantité de liquide infiltré, ne sera-t-on pas porté à conclure que le premier de ces phénomènes est la cause du second ? Cependant il ne faudrait pas croire que de grandes infiltrations séreuses ne peuvent pas exister sans oblitération des veines ou autre obstacle mécanique à la

circulation; j'en ai vu plusieurs exemples, et dans son ouvrage sur l'*Anatomie générale*, M. le professeur Béclard a dit également : *Plusieurs fois j'ai vu, mais non pas constamment, de grandes infiltrations séreuses coïncider avec l'oblitération des veines.* Le nouveau travail de M. Velpeau confirme lui-même cette assertion, puisque, dans sa III.[e] observation, il y avait infiltration commençante d'un des membres sans obstruction veineuse.

Il est encore un point sur lequel nous appellerons un instant l'attention de l'Académie ; c'est la présence d'une notable quantité de pus dans les vaisseaux lymphatiques, et jusque dans le canal thoracique, chez un des individus qui font le sujet des observations de M. Vélpeau. Quoi qu'en aient dit Cruiksank, Mascagni, Sœmmering, Saunders, etc., il n'est rien de plus rare (je fais ici abstraction des vaisseaux chylifères) ; il n'est, dis-je, rien de plus rare que de trouver des matières étrangères dans les lymphatiques ; du pus, en particulier, n'y a été rencontré que dans un nombre de cas infiniment petit. Les deux observations les plus authentiques de ce genre qui aient été publiées à notre connaissance, sont celles de M. Dupuytren, qui, en disséquant un abcès formé à la partie supérieure de la cuisse, a constaté la présence d'un véritable pus dans les lymphatiques de l'aine, et celles d'Astley-Cooper, qui a également rencontré les lymphatiques pleins de matière purulente chez un individu atteint d'une tumeur cancéreuse ramollie du testicule (cité par M. Breschet, article *Fong. Hémat.*, du Dictionnaire des Sciences Médicales). Mais, dans ces deux cas, ainsi que dans celui qui vient d'être rapporté par M. Velpeau, il est à-peu-près impossible de décider si le pus a été absorbé par les lymphatiques, ou bien s'il ne s'est pas formé dans les lymphatiques eux-mêmes atteints de phlegmasie. Nous retrouvons encore la même difficulté lorsqu'il s'agit de décider quelle a été la véritable

origine de la matière purulente dans les veines de l'un des sujets observés par M. Velpeau. (*Extrait d'un Rapport fait à l'Académie, par MM.* Lerminier, Capuron, Andral *fils, rapporteur.*)

---

*Recherches sur les causes de la surdité chez les vieillards; par M.* Pinel, *membre de l'Académie des sciences.* (*Article communiqué par M. le docteur* Pinel *fils.*) (1)

Il arriva au mois de mars dernier, à l'infirmerie de la Salpétrière, une femme de quatre-vingt-deux ans, qui était reconnue pour une des plus sourdes de la maison; il était impossible de s'en faire entendre ni par le cornet ni par des cris très-aigus; nul renseignement sur le principe ou sur la cause de sa surdité. Cette femme, après quelques jours passés dans un état complet de prostration, perdit connaissance et s'éteignit par degrés. Sa mort m'offrit une occasion très-favorable d'examiner l'état des parties de l'oreille interne. J'ouvris le rocher avec beaucoup de précaution; la membrane du tympan, comparée à celle d'une femme de soixante-quatre ans qui n'était pas sourde, n'offrit rien de particulier; il en fut de même pour les osselets de l'ouïe; mais en pénétrant dans le labyrinthe et dans les canaux demi-circulaires, je n'aperçus aucune trace de liquide. Je fus porté à attribuer la surdité au défaut de liquide dans ces parties.

Pour fixer mon opinion à ce sujet, j'examinai plusieurs oreilles internes de personnes chez lesquelles l'audition avait été intacte, et je les trouvai constamment remplies de liquide. Ayant profité de quelques froids survenus dans le cou-

---

(1) Ces recherches ont été faites par l'auteur en 1803.

rant du mois, pour faire geler plusieurs oreilles saines, ainsi que l'autre oreille de la femme de quatre-vingt-deux ans, qui n'avait pas été examinée, je trouvai chez les premières des petits glaçons comme moulés, les uns dans les canaux demi-circulaires, les autres dans la rampe du limaçon ; je n'en rencontrai aucun dans la seconde. Cet examen vint confirmer ma première opinion; cependant il pouvait rester encore quelques doutes que de nouvelles observations vinrent dissiper. Une femme de soixante-douze ans, sourde depuis environ trente ans, surtout de l'oreille gauche, fut frappée d'une attaque d'apoplexie qui devint mortelle le troisième jour. Je saisis avec empressement cette nouvelle occasion de poursuivre mes recherches sur les causes de la surdité. Je trouvai à l'extérieur la membrane du tympan du côté droit dans son état ordinaire ; mais avant de pénétrer dans l'oreille interne gauche, je remarquai une matière blanchâtre et comme purulente, qui recouvrait ou plutôt qui avait détruit la membrane du tympan; dans l'intérieur, le marteau paraissait avoir été carié, puisqu'il n'en restait qu'une très-petite partie; toute la cavité du tympan était remplie de la même matière purulente, et la membrane muqueuse qui la tapisse était rouge, phlogosée, parsemée de petites ulcérations; la trompe d'Eustache présentait les mêmes altérations. La carie avait attaqué le promontoire et changé la fenêtre ronde en une ouverture considérable. En poursuivant mes recherches, je trouvai la membrane des canaux demi-circulaires et de la rampe du limaçon sanguinolente, enflammée et comme gorgée de sang. Dans cette observation, on ne peut méconnaître que la cause de la surdité ne soit une inflammation chronique de la membrane muqueuse de toute l'oreille interne gauche, et que la sécrétion muqueuse n'ait fourni un obstacle mécanique aux fonctions de l'oreille. Le même jour j'eus occasion d'examiner l'oreille interne d'une femme de quatre-vingt-quatre ans

qui, sans être sourde, avait l'oreille dure, et qui n'entendait assez bien ce qu'on lui disait que lorsqu'on élevait fortement la voix. Je ne trouvai rien de remarquable dans les deux oreilles internes que le peu d'abondance du liquide qu'elles renfermaient. Je fis une observation encore plus concluante sur une scorbutique, sourde principalement du côté droit; l'oreille gauche ne présenta aucune trace d'altération notable, au lieu que l'oreille interne droite, mise à découvert, fit voir sa membrane muqueuse épaissie, opaque et blanchâtre, sans la moindre trace de sérosité dans les canaux demi-circulaires. L'intérieur de l'oreille opposée était au contraire lubréfié par un liquide transparent et assez abondant.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de faire les mêmes remarques dans beaucoup d'autres cas, et je ne sais à quelle espèce d'altération de la membrane muqueuse on doit attribuer le défaut de sécrétion de sérosité dans l'oreille interne. Je pensai que la surdité pourrait bien quelquefois reconnaître pour cause ces tampons plus ou moins durs de cérumen qui ferment souvent l'oreille des vieillards. Mais un examen plus attentif m'a fait reconnaître que l'accumulation de cérumen, quoique souvent considérable et très-dure chez les personnes âgées qui négligent les soins de la propreté, n'avait que peu d'influence sur le développement de la surdité. Ces remarques font assez voir que pour apprécier les causes de cette maladie, il faut savoir distinguer les lésions qui ont leur siége dans l'oreille interne et dans ses diverses parties, des altérations du cerveau ou des nerfs qui servent principalement à ces fonctions.

# MEDECINE ÉTRANGÈRE.

*Recherches sur les mouvemens de l'œil, et sur les usages des muscles et des nerfs renfermés dans l'orbite; par* CHARLES BELL (1).

§ I^er. — *Mouvemens du globe de l'œil et des paupières.* — Le globe de l'œil éprouve un mouvement que sa trop grande rapidité n'a pas permis d'observer jusqu'ici; il tourne sur lui-même en élevant la cornée vers la paupière supérieure, au moment où celle-ci s'abaisse vers l'inférieure. Si l'on fixe un des yeux sur un objet, tandis qu'on applique le doigt sur l'autre, de manière à ce que le tact reconnaisse la forme du globe à travers la paupière, on sent dans l'œil fermé un mouvement d'élévation qui s'opère sympathiquement au moment où l'œil resté ouvert vient à se fermer lui-même. Ayant privé un chien du mouvement des paupières par la section des nerfs qui s'y rendent, sur un œil seulement, cet œil ne cessa pas d'éprouver ce mouvement d'élévation, toutes les fois que la paupière du côté opposé s'abaissait. Nous avons observé dernièrement ce phénomène sur une jeune fille dont les paupières avaient contracté des adhérences avec la peau du front, à la suite d'une brûlure. Voulait-elle clignoter? le globe de l'œil s'élevait vers les paupières immobiles, et la cornée s'abaissait ensuite, humectée par les larmes avec les conduits secréteurs desquelles elle s'était mise en contact. Le but de ce mouvement est

(1) *Philosophical Transactions of the royal Society of London for the year* 1823. (Extrait par CH. BILLARD.)

facile à expliquer. Lorsque les paupières sont abaissées, leurs bords respectifs ne se touchent point immédiatement, et laissent entr'eux une espèce de gouttière au niveau de laquelle la cornée n'est point en contact avec la surface palpébrale. Si l'œil ne s'élevait pas, le centre de la cornée ne se trouverait point débarrassé de ce qui peut altérer sa transparence au point même où se concentrent les rayons lumineux, et les larmes qui s'accumuleraient dans ce point, intercepteraient le passage de la lumière. C'est donc pour rendre plus nette la surface de la cornée, que le globe de l'œil s'élève en même temps que les paupières s'abaissent. Ce mouvement d'élévation de l'œil et d'abaissement des paupières, facilite en outre le passage des larmes dans les conduits lacrymaux, et fait que la cornée se soustrait plus rapidement à l'action nuisible des corps étrangers.

Les animaux dont les paupières sont imparfaites, comme les poissons, par exemple, peuvent, par la rapidité des mouvemens du globe de l'œil, éviter le contact des corpuscules environnans, et nettoyer la cornée des impuretés qui s'y attachent.

Lorsque la supérieure s'abaisse, l'inférieure s'élève un peu, et se dirige en même temps vers le nez, d'où il suit que les corps étrangers qui pourraient se trouver à la surface de la cornée sont entraînés vers l'angle interne de l'œil.

Pour bien comprendre certaines actions des muscles de l'œil, il faut se rappeler que la caroncule lacrymale et la membrane sémi-lunaire situées à l'angle interne de l'œil, sont destinées à l'expulsion des corps étrangers, et qu'elles ne sont chez l'homme que les vestiges d'un appareil plus compliqué qui existe chez les quadrupèdes et les oiseaux.

Dans les quadrupèdes, on observe au côté interne de l'orbite une petite glande différente de la glande lacry-

male, sécrétant un fluide visqueux et adhésif, qui se répand à la surface d'une troisième paupière ; cette troisième paupière est un véritable appareil protecteur de l'œil : elle est cartilagineuse ; sa partie postérieure s'attache à un petit corps élastique situé dans une dépression de la paroi interne de l'orbite. Les mouvemens du globe de l'œil, en pressant le petit corps élastique, déterminent le déploiement de la paupière cartilagineuse qui s'étend sur la cornée, et se charge, par le moyen du fluide glutineux dont elle est enduite, des particules offensives qui viennent s'attacher à la surface de l'œil.

Chez les oiseaux, la troisième paupière est membraneuse et plus large. Deux petits muscles dont les mouvemens de l'œil déterminent la contraction, et qui s'attachent à la partie postérieure du globe oculaire, sont destinés à étendre cette paupière qui se trouve humectée par un fluide visqueux sécrété par une glande analogue à celle des quadrupèdes. L'abondance de ce fluide et la complication de cet appareil protecteur, suppléent ici au peu de développement de la glande lacrymale qui cependant existe au côté opposé de l'orbite.

Ces considérations nous démontrent que le double mouvement des paupières et du globe de l'œil a deux résultats évidens : 1.° La cornée est humectée par le fluide lacrymal ; 2.° les corps étrangers qui troubleraient sa transparence sont expulsés au dehors de l'œil.

Si l'on observe les yeux d'une personne endormie, on voit, au moment où elle entr'ouvre la paupière, que la pupille est dirigée vers la partie supérieure de l'orbite, et se cache sous la paupière supérieure. C'est encore ce que l'on remarque chez les gens que leurs forces et leur sensibilité abandonnent ; les yeux ne fixent plus rien, et le globe de l'œil tourne de bas en haut. On observe enfin un pareil phénomène à l'approche de la mort, bien que les paupières soient encore entr'ouvertes, on n'aperçoit

plus ni la pupille ni la cornée. L'observation de ces phénomènes nous porte à croire que les muscles de l'œil agissent différemment sur cet organe dans la veille et le sommeil.

§ IIe. — *Des actions diverses des muscles de l'œil, et de leur division naturelle.* — Les muscles qui s'attachent au globe de l'œil se distinguent en droits et obliques. On sait généralement que les muscles droits sont destinés à diriger l'axe de l'œil dans tous les points de la sphère de la vision ; mais c'est à tort qu'on a considéré comme leurs antagonistes les muscles obliques. Ceux-ci sont antagonistes l'un de l'autre ; ils font mouvoir l'œil dans des directions opposées : le supérieur porte la pupille en bas et en dehors, l'inférieur en haut et en dedans ; c'est du moins ce que démontrent les dissections et l'expérience. Mais n'est-il pas également prouvé que deux muscles droits, en agissant ensemble, peuvent faire éprouver à l'œil des mouvemens obliques? Or, quelle est donc l'utilité des muscles obliques? Il est évident qu'ils ne sont point destinés à concourir avec les muscles droits à donner à l'axe de l'œil des directions différentes selon la position des objets qu'on veut fixer ; ils ont d'autres fonctions particulières que des expériences vont nous faire connaître.

I.re *Expérience.* — J'ai coupé le droit supérieur ou élévateur de l'œil sur un lapin. J'ai d'abord été surpris de voir l'œil rester dans sa position naturelle ; mais, quelques instans après, je m'aperçus que la pupille était abaissée, et que l'animal ne pouvait l'élever. J'ai pensé que, durant l'expérience, l'œil avait été spasmodiquement fixé par l'action générale de ses muscles, et principalement par celle d'un petit muscle rétracteur particulier aux quadrupèdes ; et qu'ensuite, le spasme ayant cessé, les muscles droits, inférieur et latéraux, venant à agir sous l'influence de la volonté, abaissent l'œil sur lequel l'élévateur n'avait plus d'action.

IIe. — Désirant m'assurer si les muscles obliques ne font éprouver au globe de l'œil, en se contractant, que des mouvemens latéraux, j'ai attaché au tendon de l'oblique supérieur d'un lapin un fil léger à l'extrémité duquel j'ai suspendu un anneau de verre dont le poids pouvait faire paraître au dehors le tendon. En touchant l'œil avec une plume, j'ai vu, par la contraction de l'oblique, l'anneau élevé directement en haut; il a même été élevé avec assez de force pour qu'il échappât de mes doigts quand j'ai voulu irriter l'œil une seconde fois.

Des expériences faites sur le cadavre, m'ont démontré que le muscle oblique supérieur porte la pupille en bas et en avant, et l'oblique inférieur en haut et en arrière. Si ces deux muscles agissent simultanément, ils dirigent l'œil vers la partie interne de l'orbite.

L'appareil musculaire de l'œil chez les quadrupèdes offre une complication que l'on ne rencontre pas chez l'homme; c'est pourquoi on ne peut rigoureusement appliquer à celui-ci les résultats des expériences pratiquées sur ces animaux. L'œil du singe présente beaucoup plus d'analogie avec l'œil humain.

IIIe. — J'ai coupé en travers le tendon de l'oblique supérieur de l'œil droit d'un singe; l'animal a d'abord éprouvé quelque trouble, mais ensuite l'œil a repris son expression naturelle, comme s'il n'avait subi aucune opération.

IV.e J'ai coupé sur un singe le muscle oblique inférieur de l'œil. Cet organe n'a rien éprouvé de particulier; il jouissait après l'opération de tous ses mouvemens ordinaires.

V.e J'ai coupé l'oblique supérieur sur l'œil droit d'un singe. J'agitai ma main devant les deux yeux que l'animal maintenait ouverts; je vis l'œil droit se diriger d'une manière très-prononcée en haut et en dedans, tandis que l'œil gauche donnait au même mouvement moins d'éten-

due ; je remarquai, en outre, que lorsque le globe de l'œil droit s'était ainsi élevé, il s'abaissait avec beaucoup de difficulté.

Il résulte de ces expériences que la section des muscles obliques n'empêche pas les mouvemens volontaires en vertu desquels les yeux se dirigent vers les objets environnans. Il en résulte encore que les muscles obliques ont pour but, en se contractant, de soustraire le globe de l'œil à l'action des corps étrangers, et que la faculté que possède l'oblique inférieur d'élever le globe de l'œil, augmente par la section de l'oblique supérieur son antagoniste (1).

§ III. *Positions différentes de l'œil dans l'état de repos et d'activité.* — Dans l'état de repos, le sommeil, par exemple, les paupières demeurent abaissées, la rétine n'éprouve plus aucune sensation, les muscles volontaires (les droits) suspendent leurs fonctions, tandis que les muscles involontaires (les obliques) dirigent la pupille vers la paupière supérieure. Il existe une relation constante entre l'exercice du sens de la vision et celui des

(1) Le docteur Macmichael a rencontré à l'hôpital Middlesex, depuis la publication de ce Mémoire, un cas très-propre à prouver l'utilité des mouvemens du globe de l'œil pour la conservation de cet organe. Chez un malade, un des yeux était fixé par l'immobilité de son appareil musculaire. Les corpuscules irritans ne pouvant être détachés de la surface de la cornée, on vit survenir l'inflammation, et par suite l'épaississement de cette membrane. Une autre circonstance importante de cette observation, c'est qu'avant l'opacité de la cornée, l'œil malade laissait, même pendant l'abaissement des paupières, parvenir à la rétine les rayons lumineux, tandis qu'une obscurité parfaite avait lieu pour l'œil sain. Ce phénomène s'explique, en considérant que l'œil sain jouissait du mouvement de rotation en haut dont nous avons parlé, et se dérobait ainsi à l'action de la lumière, tandis que l'œil malade restant immobile, se trouvait en contact avec les rayons lumineux qui pénétraient la transparence de la paupière. Ce fait prouve encore que dans l'état de repos, l'abaissement de la paupière ne protégerait qu'imparfaitement l'œil, si celui-ci ne se dirigeait en même temps vers la partie supérieure de l'orbite.

muscles volontaires. Lorsque nous voyons un objet, il se passe deux phénomènes : il y a d'abord impression sur la rétine, et nous acquérons ensuite l'idée de la position relative de l'objet. C'est donc à la rétine que nous devons la sensation, mais à l'action des muscles volontaires que nous devons la connaissance de la situation de l'objet relativement à nous; c'est ce que nous allons essayer de démontrer. Si nous fixons les yeux sur un objet brillant, jusqu'à ce que la rétine en soit fatiguée, et qu'alors nous fermions les yeux, l'image de l'objet continue de se présenter à notre esprit; il est évident que rien ne peut changer la place de cette impression sur la rétine. Cependant si nous élevons le globe de l'œil, nous voyons l'objet s'élever; si nous l'abaissons, il s'abaisse lui-même. Nous ne pouvons pas dire que ces différentes positions de l'objet lumineux dont la rétine conserve l'impression, proviennent d'impressions nouvelles venues de l'extérieur, puisque les paupières sont fermées; elles sont dues aux mouvemens opérés sur l'œil par les muscles volontaires, dont l'action est intimement liée avec *l'impressionabilité* de la rétine. La vision est donc un acte composé de l'impression d'un objet extérieur sur la rétine, et de la perception de la position relative de cet objet acquise par l'exercice des muscles volontaires. Si nous fixons l'œil sur un objet lumineux, de manière à ce que celui-ci laisse son impression sur la rétine, et qu'ensuite nous interceptions la lumière en couvrant la face, sans toutefois fermer les paupières, nous pourrons subitement faire disparaître cette impression, en contournant l'œil d'une manière forcée. Cette circonstance ne sera-t-elle pas due à ce que l'on aura détruit l'harmonie d'action qui doit exister entre l'exercice de la rétine et la contraction des muscles?

Si, pendant que la rétine conserve l'impression d'un objet, nous faisons mouvoir l'œil par l'action des muscles volontaires, nous acquerrons la notion de la place et

des rapports de cet objet, mais nous perdrons cette notion aussitôt que les muscles involontaires ou l'action d'une cause extérieure feront mouvoir l'œil. La rétine, ayant reçu l'impression d'un objet lumineux, de la manière décrite plus haut, si nous venons à fermer les paupières, la pupille s'élevera, comme nous l'avons démontré. Cependant, ce mouvement d'élévation du globe de l'œil ne causera pas l'élévation du point lumineux dont la rétine conservera l'impression, parce qu'il ne sera pas dû à l'action des muscles volontaires. Après avoir fixé longtemps la lumière d'une lampe, l'impression en restera sur la rétine ; si nous faisons alors éprouver avec le doigt un mouvement au globe de l'œil, le fantôme lumineux ne changera pas de place, parce que ce mouvement n'aura pas été produit par les muscles naturellement destinés à l'exécuter. C'est par la même raison qu'en pressant l'œil avec le doigt, au moment où nous fixons une lumière, nous voyons celle-ci double.

Les expériences et les considérations précédentes nous ont prouvé combien est utile à l'acte de la vision le concours des muscles droits, dont l'action est soumise à l'influence de la volonté.

§ IV. *De l'expression des yeux et de l'action des muscles obliques dans les maladies.* — Durant le sommeil, dans la compression du cerveau, la syncope, la débilité qui suit les fièvres, dans l'hydrocéphale et à l'approche de la mort, les pupilles sont toujours élevées. C'est à cette disposition du globe de l'œil qu'est due l'expression des yeux dans les maladies en général, la douleur, l'épuisement des forces et les peines de l'âme. D'après une loi bien connue en physiologie pathologique, on observe dans les affections du cerveau que les muscles soumis à l'empire de la volonté perdent le mouvement avant les muscles involontaires. Si nous appliquons ce principe aux muscles de l'œil, nous pourrons facilement nous rendre compte

de l'expression des yeux dans les cas précités. Les muscles droits, qui sont volontaires, s'affaiblissent les premiers, tandis que les muscles obliques, dont l'action persiste, impriment à l'œil le mouvement d'élévation dont nous avons parlé.

Nous croyons convenable de rapporter ici une observation à l'appui des explications que nous venons de donner des phénomènes qui se rattachent aux mouvemens et aux positions diverses de l'organe de la vision. Un malade, affecté de strabisme à l'œil gauche, portait un large ulcère à la paupière supérieure de l'œil droit. L'inflammation s'était propagée à la cornée, et en avait produit l'opacité; l'ulcération s'était étendue au muscle droit supérieur, ce qui causait l'abaissement permanent de la pupille. L'œil droit, ne remplissant plus ses fonctions, l'œil gauche y suppléa et devint de jour en jour plus apte à la vision; le strabisme disparut. Quelques semaines après, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, l'ulcère de la paupière guérit et l'opacité de la cornée diminua de telle sorte, que l'œil malade fut rendu peu à peu à ses fonctions. Cependant les mouvemens de la paupière étaient plus difficiles, et, ce qui doit paraître extraordinaire, la paupière inférieure acquit toute l'étendue des mouvemens que la supérieure avait perdue. Malgré cela, la paupière supérieure, qui avait perdu de sa largeur, ne touchait point immédiatement l'inférieure en s'abaissant; de sorte qu'on apercevait dans l'intervalle de leurs bords les mouvemens du globe de l'œil. La pupille s'élevait quand l'œil se fermait, et l'on distinguait la partie inférieure du globe oculaire. Par un vice congénital, la rétine du côté gauche était, chez cet individu, très-peu impressionnable; aussi les muscles droits ou volontaires manquaient-ils d'activité par le défaut d'excitation; les muscles involontaires l'emportaient sur les précédens, et dirigeaient l'œil obliquement en haut et en dedans. Mais lors-

que l'impuissance de l'œil droit fut survenue, la rétine du côté opposé reçut plus particulièrement l'impression de la lumière ; les muscles volontaires, plus souvent excités, acquirent de l'activité, et devinrent propres à donner à l'œil sa direction naturelle. Nous avons fait encore observer qu'en raison de l'inflammation de la paupière supérieure, étendue jusqu'à l'élévateur du globe de l'œil, ce dernier était abaissé, mais cela n'empêchait pas qu'il éprouvât son mouvement de rotation en haut, au moment de l'occlusion des paupières ; ce qui prouve que ce mouvement involontaire n'est point dû à la contraction du muscle droit supérieur, mais bien à celle de l'oblique inférieur. Le muscle élévateur de la paupière supérieure cause l'abaissement de la paupière inférieure, en même temps qu'il élève la supérieure. En effet, son attache a lieu derrière le globe de l'œil qu'il presse en se contractant, et qu'il force de la sorte à saillir en avant ; d'où il résulte que la paupière inférieure se trouve subitement déprimée ; elle glisse sur la convexité de la face antérieure de l'œil. Chez le sujet dont nous venons de rapporter l'histoire, la paupière inférieure devait être d'autant plus abaissée que l'élévateur des paupières étant peu mobile à son insertion palpébrale, comprimait davantage le globe oculaire. Mais en même temps la paupière inférieure s'élevait aussi plus que dans l'état naturel, et cela provenait d'une augmentation d'action dans la portion inférieure de l'orbiculaire des paupières.

(*La fin au prochain Numéro.*)

*Observations anatomiques sur les vaisseaux lactés du phoque et de la baleine; tirées de la correspondance du docteur* KNOX *avec le docteur* DUNCAN (1). (*Extrait communiqué par M.* BRESCHET.)

L'EXISTENCE des vaisseaux nommés *afférens* par les anatomistes, ou les prolongemens des vaisseaux chylifères qui conduisent de l'intestin grêle aux ganglions lymphatiques du mésentère, au canal thoracique, dans le phoque, a été niée par MM. le professeur Tiedemann et le docteur Fohmann; d'où il résulterait que le chyle, transporté des vaisseaux afférens à ces ganglions, serait reçu dans le sang par un passage immédiat dans les veines, sans traverser le canal thoracique. M. Knox a trouvé, dans le *Phoca vitulina*, que les vaisseaux lactés sortent des intestins grêles en nombre considérable, très-distincts, et gorgés de chyle (2), et que la plupart d'entr'eux se dirigent vers un gros ganglion mésentérique, long d'environ quatre pouces, situé près du rachis, immédiatement derrière la courbure du duodénum, et non loin du pancréas, tandis que les autres vaisseaux chylifères se rendent à deux autres ganglions mésaraïques plus petits, situés près du premier, mais seulement un peu plus bas. Les vaisseaux lactés pénètrent assez généralement les ganglions, après s'être divisés en plusieurs rameaux. A l'extrémité inférieure des plus grands ganglions mésentériques, l'on voyait, sur l'animal que M. Knox disséquait, quelques rameaux des vaisseaux chylifères, également remplis de chyle, se détacher du ganglion, et se réunir bientôt en un tronc plus considérable; celui-ci paraissait, dans son trajet en haut, dirigé vers l'extrémité plus large ou

(1) *Edinb., Med. and Surgical journal*, 4 *july*, 1824, *p.* 23.
(2) L'animal n'avait été tué que deux jours auparavant.

diaphragmatique du ganglion; bientôt avec plusieurs autres chylifères venant de chaque partie du tronc, il formait avec eux une branche considérable qui était logée dans un sillon du ganglion qu'il partageait, en quelque sorte, en deux moitiés longitudinales. Après que ce canal avait atteint la grosse extrémité du ganglion, il devenait volumineux, beaucoup plus fort qu'une plume de corbeau, et présentait une structure valvuleuse. En quittant le ganglion, il passait obliquement sur lui vers le côté droit, et contribuait particulièrement à la formation du réservoir de Pecquet (*Receptaculum chyli*), en ce qu'il formait en effet un de ses plus grands rameaux (1). Le réservoir du chyle est très-large dans le phoque, situé près du passage de l'aorte, à travers le diaphragme, et l'on peut dire qu'il est formé principalement par deux branches; l'une d'elles, la branche chylifère (le véritable vaisseau afférent des ganglions mésentériques), vient d'être décrite; l'autre, située plus vers le côté droit provient des lombes et des membres pelviens: M. Knox la suivit jusqu'au bassin. Mais il y avait encore d'autres rameaux plus petits, venant de l'estomac et de la poitrine; qui arrivaient au *receptaculum*. Le canal thoracique était large et droit; il s'anastomosait ordinairement avec les veines, au voisinage du confluent des jugulaire et sous-clavière gauches. Le fluide contenu dans le canal thoracique parut beaucoup plus ténu et moins opaque que le chyle contenu soit dans les vaisseaux afférens, soit dans les vaisseaux efférens. Le phoque disséqué par

---

(1) Lorsque ce grand et important vaisseau *afférent*, qui avait un gros calibre dans toute sa longueur, fut mis à découvert, on observa que les vaisseaux qui se rendaient à lui, depuis les ganglions mésentériques, avaient tous leurs orifices dans une seule direction, savoir, dans celle du cours du chyle et vers le réservoir du chyle, et qu'à cause des valvules nombreuses du *vas efferens* et du *ductus thoracicus*, le fluide ne pouvait prendre que cette direction.

M. Knox, était encore frais, car il venait d'être pris au filet par les pêcheurs du voisinage. Les vaisseaux afférens des ganglions mésentériques étaient remplis de chyle, fluide qui leur appartient naturellement. Le grand vaisseau efférent, et les nombreux petits vaisseaux qui sortent de chaque partie du ganglion pour s'insérer dans ce vaisseau, étaient également remplis de chyle; le premier entrait, par un large trou, dans le réservoir du chyle; aussi le chyle ne s'était, suivant toute apparence, nullement altéré jusqu'à son mélange avec la lymphe plus ténue, qui s'épanche dans le *receptaculum* par plusieurs grands rameaux lymphatiques provenant des membres pelviens, des lombes, du dos, etc.

Avant de mettre les parties dans de l'alcohol, M. Knox injecta avec du mercure les *soi-disants* vaisseaux afférens des intestins, jusqu'aux ganglions mésentériques. L'injection pénétra dans le plus grand de ces ganglions, et *sembla* aussi se montrer dans le vaisseau afférent, là où il se dirige vers le canal thoracique. Le mercure ne fut injecté que dans une vingtaine de vaisseaux chylifères, savoir, seulement dans ceux qui contenaient du chyle. Cette précaution est fort importante dans ces sortes de recherches; car les vaisseaux chylifères, lorsqu'ils ne contiennent pas de chyle, ressemblent beaucoup aux veines mésaraïques. On ne voulut pas pousser trop loin l'injection, pour ne pas occasionner de rupture des vaisseaux et la destruction des préparations. On ouvrit encore le *vas efferens,* avant de mettre la préparation dans l'alcohol, et l'on insuffla doucement le canal thoracique jusqu'à son entrée dans les veines.

M. Knox conclut de là que, si le mercure injecté dans les vaisseaux chylifères depuis les intestins, eût pénétré une fois dans ce phoque, jusque dans les veines mésaraïques, cela n'aurait pas pu faire croire que cette voie était la route ordinaire du chyle pour arriver dans la cir-

culation générale, attendu qu'il existait au moins *un* vaisseau efférent, d'un volume suffisant pour transporter tout le chyle dans le canal thoracique; et que ce vaisseau, dans lequel se terminent un grand nombre d'autres vaisseaux plus petits, venant des ganglions mésentériques, sont les uns et les autres dans les sujets frais et intègres, remplis d'un fluide semblable au chyle sous tous les rapports; et que si le mercure, lors de l'injection faite dans les vaisseaux *afférens*, n'a pas pénétré d'une manière facile et distincte dans les vaisseaux *efférens*, il n'en faut pas conclure que cela ne puisse pas réussir dans une autre expérience.

La circonstance que le vaisseau efférent rempli de son propre fluide, le chyle, est aux yeux de M. Knox une circonstance plus favorable à ses idées sur le mode de circulation qu'il admet, que si le mercure eût pénétré dans ce vaisseau et l'eût distendu; enfin, comme une pression peu considérable peut empêcher le mercure de passer, M. Knox dit qu'on ne peut pas tirer de grandes conséquences de son apparition ou de sa non-apparition dans le canal thoracique, si elle n'est appuyée d'une preuve tirée de la véritable disposition anatomique des parties: il va même jusqu'à contester la possibilité d'injecter les vaisseaux *efférens* par les *afférens*. Mais qui est-ce qui doutera pour cela de leur existence? Et pourtant nous n'avons d'autres preuves de cette existence que celles qui résultent de la dissection du phoque, c'est-à-dire, leur continuation immédiate avec le canal thoracique, l'origine de leurs racines aux ganglions mésentériques, et enfin le chyle qu'ils contiennent.

Il existe une classe d'animaux dans laquelle les phénomènes relatifs à l'entrée du chyle dans la masse du sang, diffèrent, à quelques égards, de ceux qui s'observent chez l'homme et chez les mammifères; et peut-être M. le professeur Tiedemann les a-t-il eu particu-

lièrement en vue, en émettant la nouvelle théorie que nous lui devons : ces animaux sont les cétacés.

M. John Abernethy a fait connaître, dès 1795, que dans la baleine (c'était un mâle), le chyle peut passer dans le canal thoracique par deux routes : 1.° par les vaisseaux chylifères qui épanchent le chyle absorbé dans des poches (les ganglions mésentériques), dans lesquelles il reçoit un surcroît de fluides animaux; 2.° que la seconde route pour le chyle est celle des vaisseaux chylifères qui forment un plexus au côté interne des bourses; il passe, avec quelque difficulté, à travers ces vaisseaux, à cause de leurs anastomoses les uns avec les autres, puis il est transporté par eux dans le canal thoracique, tel qu'il est après son absorption dans l'intestin (1).

Ces découvertes faites par Abernethy sont très-importantes; d'après elles, les vaisseaux afférens communiquent avec les vaisseaux efférens et le canal thoracique (2). Mais comme les vaisseaux lactés s'ouvrent par des orifices assez larges dans les ganglions mésenteriques qui sont creux dans la baleine et les autres cétacés, et que les veines qui naissent de ces mêmes ganglions ont des orifices très-grands, le mercure doit naturellement pénétrer plus vîte dans ces dernières (à cause de la largeur moindre des premiers), que dans le canal thoracique (3). Ceci arrive dans les cadavres; mais dans l'état de vie les choses ne se passent pas de la même manière; aussi M. Abernethy tire-t-il

(1) M. Knox suppose cette communication avec le canal thoracique; mais il faut faire remarquer qu'Abernethy ne suivit point les vaisseaux jusqu'à ce canal.

(2) *Phil. Trans.*

(3) On ne dit pas non plus, dans le mémoire cité, si l'on a vu des vaisseaux chylifères sortir des cavités renfermées dans les ganglions mésentériques et se continuer dans le canal thoracique; ce sont là des points importans qui méritent des recherches exactes ultérieures. Il faut se rappeler que la préparation examinée par Abernethy, avait été extraite et séparée du corps de l'animal.

la conclusion que le chyle est pris par des vaisseaux efférens, mais non par des veines, quoiqu'il n'ait pas démontré leur existence, ce qui est à regretter. M. Knox était très-curieux de savoir si cette découverte d'Abernethy se confirmerait chez le dauphin ordinaire, attendu qu'un de ses amis assurait avoir vu, sur un sujet, le mercure passer aussitôt des vaisseaux afférens aux veines mésaraïques, et de là dans la circulation. Il avait observé, dans une première recherche, que le mercure passait dans la veine-porte au moyen d'une petite veine venant des ganglions mésentériques, mais non en quantité considérable. Ceci n'arriva cependant qu'après que l'animal fut resté pendant trois jours sur une table de dissection, par un temps extrêmement chaud, et après que M. Knox eut injecté plus de vaisseaux chylifères; pendant ce temps, le chyle avait disparu d'un très-grand nombre de vaisseaux qu'il devenait alors difficile d'apercevoir. Chez le second sujet qu'il disséqua, quoique plus de quatre-vingts vaisseaux considérables, allant des intestins aux ganglions mésentériques, eussent été injectés, il fut impossible à M. Knox de retrouver un seul globule de mercure, ni dans les veines, ni dans tout autre vaisseau ou *vas efferens*, qu'on put suivre jusqu'au canal thoracique (1); vraisemblablement parce que les radicules des vaisseaux efférens sont très-fines, et que ces vaisseaux ne se réunissent pas, comme dans la plupart des autres animaux, en une ou deux grosses branches, mais ils vont immédiatement au plexus voisin des vaisseaux absorbans, qui, chez le dauphin, tiennent la place du réservoir de Pecquet. Malgré tous ses efforts et la dissection la plus soignée, M. Knox ne put suivre d'une manière distincte que *deux* autres vaisseaux efférens qui passaient immé-

(1) Il faut faire remarquer ici qu'on n'injecta avec le mercure que ceux des vaisseaux qui contenaient évidemment du chyle.

diatement d'un des ganglions mésentériques dans un rameau communiquant avec le canal thoracique. Il faut remarquer, en outre, que les ganglions mésentériques sont assez fermes chez le dauphin; lorsqu'on en incisait quelques-uns, on trouvait le mercure uniformément réparti dans leurs vaisseaux, dont les tuniques très-minces diffèrent d'une manière frappante de la substance ferme du ganglion.

Le chyle peut, chez certains animaux, parvenir dans le sang par une voie différente de la route ordinaire. Nous ne pouvons cependant pas conclure, de ce que le mercure passe après la mort, des vaisseaux afférens (*vasa inferentia*) et des ganglions mésentériques dans les veines, nous ne pouvons pas conclure, dis-je, que la même chose ait lieu pendant la vie. Abernethy recherchа si la communication des veines avec les ganglions mésentériques, existait aussi chez d'autres animaux que chez la baleine. De l'air poussé aux ganglions mésentériques, parvenait rarement jusques dans les veines; l'injection arrivait à la vérité quelquefois des ganglions aux veines, mais il remarqua qu'alors un vaisseau absorbant, partant du ganglion, se terminait dans la veine voisine.

Comme les résultats des recherches de M. Knox sur les vaisseaux chylifères, dans le dauphin, ne l'avaient nullement satisfait, il saisit la première occasion de les reprendre, en modifiant la manière de disséquer et de faire l'injection. Son premier soin, sur un troisième animal (1), tendait à injecter un nombre considérable de vaisseaux chylifères, dans un point très-élevé du mésentère, et aussi près que possible du commencement du canal thoracique; toute la masse des intestins fut dejetée en haut sur le côté gauche, et pour que rien ne pût em-

(1) Cet animal avait environ cinq pieds de long, et paraissait être une femelle pleine.

pêcher le cours du mercure, ce à quoi il n'avait pas fait attention dans les expériences précédentes, il ouvrit la partie inférieure de la veine cave et de l'aorte, précisément au-dessus des premières racines du canal thoracique. Il vit alors un grand nombre de vaisseaux remplis de chyle, se rendre des ganglions mésentériques au canal thoracique. Convaincu que ces vaisseaux étaient de véritables vaisseaux efférens, mais désirant qu'un fait aussi important ne dépendît pas d'une ecchymose apparente, il injecta encore une douzaine de vaisseaux efférens, et il remarqua bientôt avec satisfaction que le mercure passait à travers les ganglions, et parvenait aux vaisseaux efférens en se mêlant au chyle du canal thoracique.

Le nombre des vaisseaux injectés de la sorte pouvait s'élever à six, et la quantité de mercure qu'ils portèrent dans le canal thoracique fut si considérable, que M. Knox craignit la rupture de ce canal. Peu après il insuffla le canal thoracique, et le suivit jusqu'à son entrée aux veines où il trouva un nombre de valvules qu'il n'avait jamais vu être aussi considérable, et les tuniques du canal se montrèrent beaucoup plus fortes qu'il s'était attendu à les trouver.

Il faut encore faire remarquer que la colonne de mercure employée n'avait que neuf ou dix pouces de haut; le métal parcourait les ganglions et pénétrait dans le canal thoracique avec une si grande facilité, qu'on fut obligé, pour conserver la préparation, de retenir le métal dans les vaisseaux efférens, d'appliquer une ligature solide immédiatement hors des ganglions; avant que cela eût lieu, ces vaisseaux se remplirent deux fois de mercure; il disparut bientôt après. On en coupa un si grand nombre, que M. Knox ne crut pas possible d'obtenir la préparation d'une autre manière. Il n'est pas douteux que l'anatomiste qui voudra faire lui-même ces re-

cherches, avec quelque soin et un peu de persévérance, et s'il est attentif à éviter les circonstances qui ont fait échouer les premières dissections de M. Knox, n'obtienne toujours des résultats satisfaisans.

Les travaux de M. Knox lui font dire sans hésiter, d'après ce qu'il a vu dans le phoque et le dauphin, que les recherches récentes de plusieurs anatomistes allemands, et qui paraissent contraires à l'ancienne doctrine du passage du chyle dans la masse générale du sang, opérée, par un système vasculaire particulier, n'a aucun fondement. Il paraîtrait donc démontré que ce fluide ne prend pas d'autre route pour passer dans le sang, ou du moins que la structure particulière de cette route, dans quelques animaux, n'est pas suffisante pour admettre un trajet essentiellement différent de celui qu'on connaît depuis long-temps. La facilité avec laquelle le métal arrive aux vaisseaux efférens, tend à établir que la structure qui, d'après la description d'Abernethy, existe chez la baleine, se retrouve aussi chez le dauphin; savoir, que des vaisseaux chylifères, d'une largeur absolument la même en proportion, traversent les ganglions; mais M. Knox ne donne cela que comme une simple conjecture.

---

Le docteur Knox a trouvé le *foramen centrale retinæ* (trou central de la rétine), dans l'œil de plusieurs sauriens, à un degré de développement plus grand, toute proportion gardée, que chez l'homme, notamment dans les *lacerta superciliosa, scutata, calotes* et *striata*. Ce *foramen*, ou *punctum centrale*, se voit toujours dans un repli de la rétine, mais on ne remarque jamais le passage d'aucun vaisseau en cet endroit. Le trou central

existe aussi chez le caméléon, ainsi que le repli de la rétine, ils sont plus grands que dans l'œil humain (1).

M. Knox, déja avantageusement connu par ses travaux sur l'anatomie comparée, et particulièrement sur l'anatomie de l'ornithorinque, a commencé, sur les vaisseaux lymphatiques, un travail que je considère comme d'un haut intérêt dans l'état actuel de la science. L'absorption considérée trop exclusivement dans les lymphatiques ou dans les veines, le mode de disposition des premiers et des derniers de ces vaisseaux, laissent encore beaucoup à faire, et l'on ne saurait assez encourager les anatomistes à se livrer à ce genre d'étude.

---

*Mémoire sur l'hydrophobie; par* Agostino Cappello, *docteur en médecine.* (*Ext. des* Annali di Medic., *par* E. Bailly.)

Après avoir parcouru rapidement les opinions sur l'origine, le siége et le traitement de cette terrible maladie; et après avoir conclu qu'on ne connaît rien sur ses causes, sa condition pathologique, son mode de traitement, l'auteur rapporte ses observations et ses expériences. Et d'abord, il s'assura qu'il n'était point vrai que le pus de la vaccine ou la gale de chien eussent la propriété de neutraliser le virus hydrophobique et de préserver de l'hydrophobie. Il fit prendre de l'écume d'un chien enragé, mêlée à du pus de vaccin, à un chat et à un chien attaqués d'une gale invétérée, et tous deux moururent hydrophobes. Mais le fait le plus important, bien que déjà signalé par Bacler, est que la rage, après son premier passage dans un autre animal, sans en exclure les espèces du genre canin lui-même, ne conserve plus son principe

(1) *Mem. of the Wern. Society*, vol. 5, pag. 104.

contagieux, et que celui-ci est complètement détruit.

L'auteur rapporte à l'appui de cette proposition beaucoup d'exemples d'animaux devenus hydrophobes par l'inoculation de l'écume de chiens morts d'hydrophobie spontanée ou du virus de première origine, et cite de nombreuses observations dans lesquelles un grand nombre d'animaux infectés exprès ou mordus par accident par des chiens devenus hydrophobes à la suite de l'inoculation d'un virus de seconde origine, ne furent pas attaqués d'hydrophobie. Voici quels sont ses principaux faits. Un petit chien (*canis melitensis*), et un chat, infectés avec de l'écume d'un chien mort d'hydrophobie à la suite de l'inoculation d'un virus de seconde origine, ne donnèrent aucun signe de rage pendant un an. Ce temps écoulé, ils furent mis en liberté. Le petit chien devint enragé trois ans après, mais à la suite de l'inoculation d'un virus de première origine. Un bœuf est mordu par un chien attaqué d'hydrophobie spontanée. Il devient hydrophobe, et mord à son tour quelques animaux de son espèce et d'une autre que la sienne, sans qu'aucun de ceux-ci soit attaqué d'hydrophobie. Le chien qui avait mordu le bœuf, mordit aussi un jeune enfant qui, quatre mois après, mourut avec tous les symptômes d'hydrophobie. La salive de cet enfant fut inoculée à un petit chien sans qu'elle produisit aucun effet. Le sieur Rosa possédait deux chiens : l'un, après avoir refusé tout d'un coup de boire et de manger, triste et tremblant, s'échappa de la maison. Avant d'en sortir, on entendit un cri de l'autre chien, qui avait été légèrement blessé. Après s'être assuré que celui qui s'était enfui n'avait été infecté par aucun autre animal enragé, Cappello prévint le sieur Rosa que son chien serait attaqué d'hydrophobie. En effet, cinquante-un jours après, il offrit tous les symptômes de la rage. Quoique gardé à vue d'œil, il rompit sa chaîne,

mordit la servante et le garçon ; échappé ensuite au milieu des rues, il attaqua à plusieurs reprises deux chiens qui se trouvaient sur son passage. Ayant rencontré la personne qui l'avait possédé dans son jeune âge, il lui fit une morsure au dos de la main, et y laissa une certaine quantité d'écume. Enfin, en sortant de la ville, il mordit une femme et un enfant. Personne, sans en excepter les deux chiens, ne fut attaqué d'hydrophobie.

Ces observations posées, chacun voit que l'hydrophobie cesserait d'appartenir à la classe des maladies contagieuses, et qu'elle dériverait d'un principe morbide particulier, non subordonné aux lois communes des virus contagieux et des miasmes.

L'auteur cherche ensuite à reconnaître la cause de la maladie. Après avoir examiné toutes celles que l'on avait citées comme capables de produire l'hydrophobie spontanée, et s'être convaincu du contraire, il pense qu'elle peut provenir d'une excitation amoureuse qui, après avoir tourmenté l'animal à plusieurs reprises, n'a pas été satisfaite. Il attribue l'absence de la rage dans l'Égypte et dans les autres provinces mahométanes à la liberté des chiens dans leur communication avec leurs femelles.

---

*Observation d'occlusion du vagin chez une femme de vingt-cinq ans, après sept années de mariage ; par* Louis Ventura, *docteur en médecine et en chirurgie*, à Trane ; (*traduit de l'*Osserv. medic., 1.er *février* 1824, *par* E. M. Bailly.)

Angélique Mariglia, de la commune d'Ofanto, âgée de 25 ans, mariée depuis sept ans à Joseph Valentini, avec lequel elle a toujours vécu depuis en bonne amitié, d'une constitution forte, vint me consulter au mois de septembre 1823, pour une longue maladie contre laquelle

on avait inutilement employé divers remèdes. Elle offrait les symptômes suivans : difficulté ou impossibilité d'uriner, évacuations alvines pénibles et spasmodiques, sentiment de pesanteur dans les parties génitales, souffrances renouvelées plusieurs fois dans le jour, semblables à celles de l'accouchement; tuméfaction considérable de l'abdomen, qui semblait formée de deux tumeurs superposées l'une à l'autre. Le haut de la région ombilicale était gonflé, indolent, mobile et résistant. Elle assurait n'avoir jamais eu ses règles depuis plusieurs années que durait la maladie; elle assurait, en outre, que le volume du ventre, d'abord semblable à celui d'une grossesse de sept mois, était allé peu à peu en s'accroissant; elle ajoutait qu'elle maigrissait de jour en jour, et qu'elle éprouvait des maux qui lui rendaient la vie insupportable.

Pour mieux établir mon diagnostic, ayant porté l'index dans l'intérieur de la vulve, je crus sentir l'utérus abaissé; mais comme il m'était impossible d'enfoncer mon doigt dans l'intérieur du vagin, de manière à sentir le museau de tanche, je voulus ajouter la vue au toucher, et je ne fus pas peu surpris de voir, après sept ans de mariage, l'hymen fermer complètement l'orifice du vagin. L'hymen, distendu et même gonflé, laissait sentir derrière lui une grande quantité de fluide qui devenait plus sensible dans la position verticale. L'orifice de l'urètre était refoulé vers la symphise du pubis; ce qui expliquait la difficulté et quelquefois l'impossibilité d'uriner; le clitoris était caché dans la commissure supérieure des grandes lèvres; il n'y avait aucune trace des nymphes.

Après avoir fait évacuer la malade au moyen des lavemens, je fis, en présence de trois de mes collègues, une incision cruciale sur l'hymen. A peine était-elle terminée, qu'il s'écoula un torrent de sang, semblable en couleur à de la poix, mais plus consistant et sans aucune odeur; à mesure qu'il s'écoulait, les tumeurs abdo-

minales disparaissaient; je fis tout écouler afin que l'accès de l'air ne lui causât pas quelque altération. J'eus soin aussi de couper les angles qui provenaient de l'incision cruciforme de l'hymen, qui était épaisse d'un demi-doigt; et afin de maintenir les parties toujours plus ouvertes, je tins les bords dilatés au moyen d'une éponge enduite d'un onguent simple. Le vagin, le col de l'utérus et son orifice, étaient très-dilatés, mais dans un état sain.

La guérison fut prompte et facile; huit jours après, la malade quitta le lit sans avoir fait usage d'aucun remède; le ventre était cependant toujours un peu gonflé. Au dix-huitième jour de l'opération, après sept ans, les parties furent rendues à leurs fonctions, y compris celles de l'union sexuelle. La seule incommodité qui en résulta fut une légère leucorrhée qui subsiste encore, quoique la malade soit devenue florissante de santé et bien réglée. L'ayant interrogée sur les fonctions conjugales, elle me répondit qu'elles lui causaient toujours de la douleur.

---

*De la présence de l'iode dans les eaux minérales sulfureuses;* (*Extrait par M.* Coster, *des Mémoires de l'Académie de Turin, année* 1824.)

Les praticiens savent avec quel succès on peut combattre un grand nombre d'affections du système glandulaire, par l'emploi judicieux des eaux minérales sulfureuses. Ils ont dû observer que, entr'autres affections, les scrofules, les engorgemens de certains viscères, tels que le foie et la rate, le développement excessif du corps thyroïde, etc., cédaient souvent à ces moyens simples et naturels. La découverte récente de l'iode, les succès que l'on en a obtenus contre les maladies que nous venons de signaler, la présence de cette substance dans l'éponge

regardée depuis long-temps comme le spécifique du goître, tout devait faire soupçonner qu'il existait dans les eaux sulfureuses un principe analogue à celui-là, puisque les effets en sont à peu de chose près les mêmes. M. Cantù, professeur adjoint de chimie appliquée aux arts, dans l'Université de Turin, vient de prouver par l'analyse de ces eaux, qu'elles contiennent effectivement une certaine proportion d'iode. On traite à Turin le goître et les affections scrofuleuses par les eaux de Saint-Genis; ces eaux sont sulfureuses. Mais de toutes les eaux sulfureuses des états Sardes, celles qui jouissent de la plus grande célébrité sont celles d'Aix (en Savoie) et de Castelnovo d'Asti; c'est sur ces dernières que M. Cantù a principalement fait ses observations. Il était à présumer, d'après l'analogie des faits connus, que l'iode ne devait se rencontrer dans ces eaux qu'à l'état d'hydriodate. Il doit s'en suivre que l'amidon ne peut produire aucun effet sensible ni sur l'eau, ni sur le résidu salin, quel que soit son dissolvant, et qu'en traitant ce résidu riche en sel marin, par le procédé ordinairement employé pour obtenir l'iode des eaux-mères de vareks, la petite quantité de vapeur violette qui pourrait s'élever au milieu de la grande quantité de vapeur muriatique, ne saurait être sensible à la vue.

Pour éviter ces inconvéniens, M. Cantù traite le résidu salin de l'eau sulfureuse d'Asti, par l'alcohol rectifié; après avoir enlevé par ce moyen l'hydriodate et les hydrochlorates solubles dans ce liquide, il les sépare par la distillation. Il dissout alors le résidu déliquescent dans une faible solution d'amidon, et fait passer un courant de chlore à travers ce mélange. La liqueur, ainsi traitée, change à l'instant de couleur, et peu de temps après, elle prend une belle couleur bleue, de la même manière que quand on verse dans une solution aqueuse d'iode

quelques gouttes d'une solution d'amidon. Si l'on continue de faire passer du chlore, la couleur disparaît entièrement, mais on la reproduit en introduisant un courant de gaz hydrogène sulfuré, qui finit aussi par la détruire, si la réaction est poussée au-delà du point convenable. Si l'eau minérale que l'on essaie contient une grande proportion d'iode, on peut s'exempter de traiter le résidu salin par l'alcohol; il suffit de la faire évaporer jusqu'à ce qu'elle forme une pellicule, et de laisser déposer par le refroidissement les sels moins solubles; on décante la liqueur qui surnage, et on la traite avec la solution d'amidon et le chlore. L'eau d'Asti, par exemple, est si riche en iode, que par ce moyen très-simple M. Cantù en a démontré la présence avec une demi-bouteille d'eau.

Il n'est pas difficile d'établir les principes sur lesquels est fondée cette analyse. En supposant que l'iode ne peut exister dans les eaux sulfureuses qu'à l'état d'hydriodate à base alcaline ou terreuse, on peut isoler ces sels jusqu'à un certain point, par l'action de l'alcohol, des autres substances salines qui se trouvent dans les eaux minérales dont la présence peut devenir un grand obstacle pour découvrir l'iode. Comme l'acide hydriodique, libre ou combiné avec les bases salifiables, est constamment décomposé par le chlore, l'hydrogène de l'acide hydriodique doit se combiner avec ce corps et former un acide hydro-chlorique; et l'iode, se trouvant alors isolé, se combine avec l'amidon, forme un sous-iodure d'amidon, ou un iodure d'une belle couleur bleue. Si le chlore se trouve en excès, l'iodure d'amidon est décomposé; le chlore se combine avec l'iode, pour former l'acide chloro-iodique, et la couleur bleue disparaît.

L'existence d'un hydriodate, et par conséquent de l'iode dans les eaux sulfureuses d'Asti, étant bien constatée, M. Cantù a tâché de généraliser ce fait, en étendant ses recherches sur des eaux provenant de diverses sour-

ces, et les résultats ont toujours été les mêmes. D'autres eaux minérales non-sulfureuses ayant été analysées suivant les mêmes principes, on n'a jamais pu y rencontrer le moindre indice de la présence de l'iode.

Il semble donc que l'on peut conclure, des recherches précédentes et des observations fournies par la pratique, 1.° que l'iode est très-probablement partie constituante de toutes les eaux sulfureuses naturelles qui contiennent des hydrochlorates; 2.° que l'iode se trouve dans ces eaux à l'état d'hydriodate; 3.° que l'hydrogène sulfuré, par une action prolongée sur les hydrochlorates, et par d'autres circonstances favorables à la réaction chimique, pourrait bien donner lieu à la formation de l'iode dans ces eaux; 4.° qu'il est permis de soupçonner que l'iode pourrait disparaître du nombre des corps simples, et n'être qu'un composé dont un des élémens serait peut-être le chlore; 5.° que la grande efficacité médicale que possèdent plusieurs eaux sulfureuses contre les affections des systèmes glandulaire et lymphatique, est due, en grande partie, à la présence de l'iode à l'état d'hydriodate; 6.° qu'étant associé dans cet état à d'autres principes doués d'une action analogue, il doit agir d'une manière plus sûre et moins dangereuse que lorsqu'il est à l'état d'iode, ou même d'hydriodate isolément; 7.° que si l'on parvenait, comme il est probable, à démontrer la présence de cette substance dans toutes les eaux sulfureuses naturelles, on pourrait dire avec raison que leur prétendue imitation artificielle a toujours été imparfaite et souvent nuisible aux malades qui en faisaient usage dans l'espoir d'en obtenir les mêmes avantages que des naturelles; et que, pour ce motif, le médecin doit être très-réservé, lorsqu'il s'agit de substituer les eaux minérales préparées par l'art, à celles qui sortent des réservoirs de la nature.

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de répéter, à

l'occasion de l'administration des eaux chargées de principes actifs, ce que M. Broussais ne cesse d'inculquer tous les jours à l'occasion de l'emploi des substances médicamenteuses. Nous ne pensons pas, avec ce professeur, que l'action de l'iode ne soit qu'irritante, et que les effets que l'on en obtient ne soient dus qu'à une simple révulsion d'irritation ; du moins nous ne pouvons concevoir ce mode d'action. Mais comme il existe encore une foule d'empiriques qui adressent indistinctement ces remèdes à l'estomac, sans consulter l'état de ce viscère, nous ne saurions assez leur rappeler que c'est en vain qu'ils attendraient des succès de l'emploi des eaux sulfureuses hydriodatées, s'ils les font ingérer à tout propos, et sans examiner si les muqueuses gastro-intestinales peuvent supporter impunément le contact de substances si énergiques.

---

*Opuscules scientifiques de la Société pontificale de Bologne, tome III*, 1818. (Extraits *par* C. P. Ollivier, *d'Angers, D. M. P.*)

*Remarques sur les enveloppes du fœtus chez l'homme et chez quelques mammifères; par* F. Mondini (1). De toutes les parties de la physiologie, celle qui est relative à la génération offre sans contredit le plus d'intérêt et le moins de documens positifs; aussi ne peut-on trop multiplier les recherches anatomiques pour arriver à quelques résultats qui ne soient pas qu'hypothétiques, et qui puissent contribuer à l'explication de ce phénomène important. C'est dans ce but que nous allons faire connaître les observations suivantes, qui tendent à prouver la continuité des parois de l'abdomen du fœtus humain avec

(1) *Osservazioni intorno agl' inviluppi del feto umano di alcuni feti i altri animali mammiferi*, etc.

les enveloppes du cordon ombilical. Nous avons reconnu, à l'aide d'une macération prolongée pendant quelque temps, que l'épiderme *seul* se termine brusquement à la circonférence de l'anneau ombilical, et qu'après l'avoir enlevé en totalité, on voit au-dessous de lui la peau se continuer évidemment avec le cordon, en présentant une surface lisse, et sans aucune ligne de démarcation.

La préparation suivante met hors de doute cette continuité de tissu : on enlève un lambeau circulaire des parois abdominales en le coupant à un pouce autour de l'insertion du cordon, et l'on dissèque ensuite la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la couche aponévrotique qui constitue *la ligne blanche*, en l'isolant depuis la circonférence du lambeau jusqu'au pédicule du cordon qui en occupe le centre. Si on continue alors d'effectuer la séparation de la peau en la renversant et en l'attirant lentement et avec précaution sur le cordon, on voit évidemment qu'elle se continue sur lui en s'amincissant graduellement, de telle sorte qu'elle lui forme une enveloppe extérieure qui est elle-même unie par un tissu celluleux très-délié, à une seconde enveloppe qui recouvre immédiatement les vaisseaux du cordon. Cette seconde enveloppe n'est qu'une continuation du tissu aponévrotique de *la ligne blanche*, qui se prolonge sur les vaisseaux à leur passage par l'ombilic, ainsi que le tissu cellulaire sous-péritonéal qui forme cette substance spongieuse particulière au cordon. Nous avons constamment observé cette organisation du cordon sur des fœtus de cinq, six, sept, huit et neuf mois; la même disposition existe, comme nous nous en sommes assurés, sur les fœtus de plusieurs mammifères, tels que le porc, le bœuf, le lapin, le phoque *bicolor*.

Maintenant, si l'on considère que, dès le temps d'Hippocrate (*de naturâ pueri*), on regardait les enveloppes du fœtus comme procédant de la membrane du cordon;

que cette opinion fut adoptée par Arantius (1), qui admit d'après ses observations, que la membrane extérieure du cordon était formée par un prolongement de la peau, et la seconde, par un prolongement du péritoine; que Burton (2) pensait que l'amnios était une continuation de l'épiderme, et le chorion, une continuation de la peau; que Rœderer (3), Wrisberg (4), Bichat (3), regardent le chorion et l'amnios comme se continuant sur le cordon jusqu'à l'ombilic où ces deux membranes se terminent; qu'enfin, Leroy (6) assure que chez les animaux domestiques, la gaîne du cordon est formée par le chorion et l'amnios qu'il considère comme une dépendance du péritoine; si, disons-nous, on réunit les observations de ces auteurs à celles que nous avons faites, on voit qu'elles ne peuvent que les appuyer, et démontrer que, dans les mammifères, l'amnios est une continuation de la peau, et le chorion celle du tissu aponévrotique des muscles abdominaux, que quelques-uns avaient pris pour le péritoine. Pour compléter ces recherches sur le cordon, nous procédâmes au même examen dans le sens inverse, c'est-à-dire, du placenta vers l'ombilic. D'abord il fut facile de vérifier que l'amnios se prolonge sur le cordon et forme sa membrane extérieure; il suffit pour cela de renverser ce feuillet membraneux sur le cordon. Quant au chorion, la disposition que nous avons décrite n'est pas moins aisée à démontrer, en incisant le placenta dans toute son épaisseur jusqu'à la base du cordon. On voit ainsi, sur les côtés de la section, le chorion se continuer immédiate-

(1) *De hum. fœt. Venet.*, 1587, pag. 26.
(2) *Syst. nouv. et complet. des accouchemens*, trad. de Lemoine, 1771, pag. 69-70.
(3) Voy. *Disput. anat. Hallerii*, tom. 7; 1648.
(4) Thesaurus, *Dissert. de Sandifort.*, tom. 3, 1778.
(5) *Traité d'anat.*, tom. 5, pag. 371, 1803.
(6) *Anat. comp.*, tom. 2, p. 578; *Milano*, 1810.

ment du placenta sur ses vaisseaux, étant séparé du premier par une membrane qui tapisse toute sa surface fœtale en commençant à sa circonférence, qui augmente d'épaisseur à mesure qu'elle se rapproche davantage des vaisseaux du cordon, et qui, quoique très-adhérente au chorion, n'en est pas une seconde lame, comme quelques anatomistes l'ont pensé; c'est bien une partie de la *caduque* de Hunter, qui est devenue plus épaisse, plus résistante, et qui ne se prolonge pas d'ailleurs sur le cordon.

Cette considération que, dans le fœtus des mammifères, les membranes chorion et amnios ne sont qu'un prolongement des parties du fœtus lui-même, ne peut-elle pas jeter quelque jour sur le phénomène de la conception chez ces animaux, et venir à l'appui du système de la préexistence des germes et de leurs enveloppes? En effet, il est généralement reconnu, d'après les observations de Graaf, Schurigio, Wolf, Cruikshank, que les vésicules contenues dans les ovaires des mammifères, sont les mêmes que celles qui, transportées par la trompe de fallope dans l'utérus, s'y développent, de telle sorte que le fœtus n'est réellement que la vésicule elle-même ou l'œuf, qui a acquis plus d'accroissement. Or, puisque les enveloppes du fœtus sont, comme nous venons de le démontrer, une continuation des parties constituantes du fœtus, et qu'elles forment ainsi avec lui un tout unique, si ces enveloppes préexistent à la fécondation, puisqu'elles constituent la vésicule dans l'ovaire, on doit en conclure nécessairement et comme conséquence rigoureuse que le germe préexiste aussi à la fécondation.

*Exemple remarquable d'hydrophobie suivie de guérison; par le docteur* L. Emiliani (1). — Tous les auteurs qui ont

(1) *Storia medica di un caso raro di idrofobia con alcune riflessioni intorno a questo male*, *del dottore* Luigi Emiliani.

écrit sur la rage, s'accordent à dire que l'un des moyens les plus sûrs d'arrêter son développement, c'est d'enlever et de cautériser la partie qui a été mordue; mais toutes les observations qui ont été rapportées à l'appui de cette pratique, sont loin d'être concluantes, parce que souvent l'animal était seulement suspect, et qu'on ne s'est décidé que sur de simples apparences à employer le feu ou l'instrument tranchant. Le cas suivant, qui contient tous les détails qu'on peut désirer dans semblable circonstance, nous semble, à cause de cela, digne du plus grand intérêt, et démontre évidemment qu'un traitement local est celui qu'on doit mettre en usage sans hésitation, parce que le principe qui détermine ultérieurement les accidens funestes de cette maladie, reste, pour ainsi dire, stationnaire dans la plaie pendant quelque temps. Domenico Brizzi, blanchisseur, père d'une nombreuse famille, employait à la garde de sa maison pendant la nuit, un énorme chien qui, hors ce temps, restait renfermé et à la chaîne. Il fut un jour attaqué par un chien vagabond qui s'était introduit dans la cour, et dont il fut mordu étant enchaîné. Trente jours après environ, les symptômes de la rage se déclarèrent; aucune personne de la famille ne le soupçonnait, lorsqu'un matin, en remettant l'animal à la chaîne, il mordit Brizzi, son fils Benedetto, et une domestique nommée Marie Ospitali. Bientôt l'animal refusa toute espèce d'alimens et de boisson; des accès de fureur incessamment renouvelés succédèrent à l'abattement dans lequel il avait été plongé; il mordait continuellement et avec une telle force un pieu de bois qui était près de sa cabane, que toutes ses dents furent brisées et quelques-unes y restèrent implantées; enfin, il périt sous leurs yeux avec tous les symptômes de la rage. Les accidens qui accompagnèrent cette mort ayant donné quelques inquiétudes aux trois personnes qu'il avait mordues, elles prirent à l'intérieur des cantharides en poudre, et

pensèrent qu'elles avaient ainsi fait ce qu'il fallait pour prévenir toute suite fâcheuse. Nous visitâmes Brizzi et sa famille six jours après que les morsures avaient été faites, et reconnaissant toute l'étendue du danger que couraient ces malheureux, nous leur fîmes sentir qu'il fallait, sans plus tarder, cautériser les plaies, malgré qu'elles fussent cicatrisées. Brizzi et son fils se soumirent volontiers à l'opération, mais la servante ne put s'y décider, parce qu'elle avait été mordue précisément au-dessus du pubis. Le professeur Atti cautérisa profondément les plaies des deux premiers, appliqua ensuite sur le siége du mal un vésicatoire actif dont on entretint la suppuration pendant quelque temps. Depuis cette époque, Brizzi et son fils n'ont éprouvé aucun accident, et leur santé est parfaite, tandis que la malheureuse servante ressentit, le vingt-septième jour, les premiers symptômes de la rage, et succomba en peu de temps dans l'état le plus déplorable. La guérison des deux autres ne s'est pas démentie depuis deux ans.

*Réflexions sur le diagnostic de la cardite et de la péricardite; par* Giacomo Folchi (1). On désigne généralement comme symptômes de cette maladie, la fièvre, une douleur dans la région du cœur, la difficulté de respirer, la toux, les convulsions, la syncope, des agitations nocturnes, des palpitations de cœur, des sanglots, des vomissemens, le froid des extrémités et l'inégalité du pouls. L'auteur, après avoir discuté successivement la valeur de chacun d'eux, et fait remarquer qu'ils sont loin d'exister exclusivement quand il y a inflammation du cœur ou de son enveloppe séreuse, rapporte succinctement quatre observations qu'il a recueillies lui-même d'individus affectés de cette maladie, comme l'autopsie le démontra, et sur lesquels il remarqua le même caractère dans les

(1) *Riflessioni sulla diagnosi della carditide e pericarditide*, etc.

battemens du pouls. Les pulsations qui sont d'une force médiocre, ou plutôt même faibles, *ont une telle vîtesse, qu'on réussit difficilement à les compter pendant quelque temps*. Il semble qu'à chaque pulsation l'artère revienne sur elle-même avant que sa dilatation ait eu lieu complètement, de manière que le mouvement confus qui en résulte s'oppose à ce qu'on puisse énumérer exactement les battemens. L'artère paraît osciller, ou, pour mieux dire, elle tressaille sous le doigt en produisant la sensation de légers soubresauts. Cet état du pouls est presque continu, car on n'observe accidentellement qu'une intermittence passagère, et qu'on ne peut même remarquer qu'en explorant le pouls à chaque instant de la journée; Ce caractère du pouls existe pendant toute la durée de la maladie. L'exactitude de cette observation faite sur quatre individus affectés de cardite, a été confirmée par un cinquième exemple. Le docteur Folchi pronostiqua l'existence d'une cardite chez un malade dont le pouls offrait le caractère qui vient d'être décrit. A l'autopsie, on trouva, à la face postérieure du cœur, une ulcération profonde entourée de taches noires assez larges; une altération semblable existait à la pointe de cet organe; le péricarde offrait, dans la partie correspondante à l'ulcération de la face postérieure du cœur, une surface ulcérée également entourée de taches noirâtres. . . .

*Nouvelle méthode pour la cure des fistules salivaires, par le docteur Atti, professeur de clinique chirurgicale, etc.* — (1). On a employé plusieurs procédés différens pour opérer la guérison des fistules du conduit de Stenon; mais aucun n'est exempt d'inconvéniens plus ou moins graves, et ne compte beaucoup de résultats heureux : tels sont ceux qui ont été mis en pratique par De Roy, Monro, Louis, Morand, Duphénix et Desault. Après un

(1) *Del metodo di trattare le fistole salivali*, etc.

examen critique de ces diverses méthodes, l'auteur décrit la suivante, qui consiste dans une modification de celles des deux derniers chirurgiens que nous venons de nommer. Le malade doit être assis et placé dans un lieu très-éclairé; l'opérateur introduit dans la bouche, jusqu'au point correspondant à l'ulcère extérieur, l'indicateur et le médius de la main gauche, si la fistule est à gauche, et *vice versâ*, si la fistule est à droite. Le pouce de la même main appuie sur le bord de l'orifice fistuleux. La joue, ainsi maintenue, on saisit de l'autre main un trois-quarts de moyenne longueur, muni d'une canule d'argent un peu large; on l'enfonce directement dans le point de l'ulcère d'où s'écoule la salive, et l'on traverse la joue en le dirigeant obliquement et exactement suivant le trajet que parcourt le conduit salivaire, de manière à ce qu'il sorte entre les deux doigts placés dans la bouche. On retire alors la tige en laissant la canule dans la plaie, et l'on introduit à sa place, à l'aide d'un stylet bifurqué, un petit tube de plomb de forme cylindrique, percé de petits trous dans plusieurs points de sa longueur, afin que la salive puisse passer à travers; l'extrémité qui correspond à l'intérieur de la bouche, est divisée en trois branches minces qu'on écarte les unes des autres, afin de maintenir béante cette partie de la plaie, et en déterminer ainsi la cicatrisation. L'autre extrémité, qui répond à la fistule, présente une petite ouverture dans laquelle on passe un cordonnet de soie, avec lequel on attire légèrement le cylindre de plomb quand ses branches ont été écartées et repliées à l'intérieur de la joue: on maintient le cylindre en place par le moyen de ce cordonnet qu'on fixe à l'oreille du même côté. On conçoit d'ailleurs qu'on a retiré la canule du trois-quarts aussitôt que le cylindre de plomb a été introduit et que ses branches ont été écartées et repliées à l'intérieur de la joue.

Quant à l'ulcère fistuleux, on en ravive les bords et la

surface avec les escarrhotiques, et l'on emploie les moyens convenables pour en favoriser la cicatrisation. Lorsqu'il ne reste plus, pour que la réunion soit complète, que l'ouverture qui livre passage au cordonnet de soie, on coupe ce dernier, et le cylindre de plomb n'en reste pas moins fixé solidement dans l'épaisseur de la joue, où on le laisse jusqu'à l'entière formation de la route artificielle qu'on a ouverte pour l'écoulement de la salive. Il est alors facile de le retirer avec l'ongle du doigt indicateur, si le malade n'y parvient pas lui-même au moyen de sa langue. Le procédé que nous venons de décrire, mis très-souvent en pratique par le docteur Atti, même pour des fistules salivaires très-anciennes, a constamment été suivi du succès le plus complet (1).

---

(1) Nous ne contesterons pas les avantages de la méthode qu'emploie le docteur Atti; cependant nous n'hésitons pas à donner la préférence au procédé suivant, que M. le professeur Béclard met en pratique depuis plusieurs années, et qui est non-seulement légitimé par le succès, mais qui n'offre pas, comme nous le ferons remarquer, deux inconvéniens attachés au mode opératoire du professeur italien. Le malade étant placé comme on vient de le dire, on saisit la joue avec le pouce et les deux doigts d'une main, et on la maintient en les plaçant à-peu-près comme on l'a vu plus haut. Avec l'autre main, on enfonce un trois-quarts d'un très-petit calibre dans l'ouverture fistuleuse, et l'on traverse l'épaisseur de la joue en portant l'instrument un peu obliquement d'avant en arrière, puis on introduit par la canule un fil mince de plomb qu'on fait ainsi pénétrer dans l'intérieur de la bouche, et l'on retire ensuite la canule du trois-quarts. Par une seconde ponction faite en enfonçant le trois-quarts par l'intérieur de la bouche, on perce la joue de dedans en dehors, et en dirigeant l'instrument d'avant en arrière, à-peu-près dans la direction de la partie antérieure du conduit de Stenon, on fait ressortir sa pointe par l'orifice fistuleux, précisément dans le point où passe le fil métallique. De cette manière les deux routes parcourues par le trois-quarts se rencontrent en formant un angle aigu dont le sommet répond dans le fond de l'ulcère. On fait alors passer par la canule la portion du fil de plomb qui était restée en dehors; on la ramène ainsi dans l'intérieur de la bouche, et l'on retire la canule. On voit que par ce moyen, le fil métallique décrit dans l'épaisseur de la joue l'angle tracé par l'instrument, et qu'en pratiquant les

*De la reproduction des parties du corps humain, par le docteur Matteo Venturoli, professeur honoraire de clinique chirurgicale* (1). — L'auteur de ce mémoire se borne à examiner si la cicatrisation et la réunion des plaies s'o-

deux ponctions, l'une de dehors en dedans, et l'autre de dedans en dehors de la cavité de la bouche, on peut enlever facilement dans l'une et l'autre la canule du trois-quarts, après qu'elle a servi à conduire le fil de plomb, ce qui est impossible par tout autre procédé, quel qu'il soit. On saisit ensuite les deux bouts qui font saillie dans l'intérieur de la bouche, et on les lie ensemble en les tordant de telle sorte qu'on puisse les resserrer à mesure que la portion de joue comprise dans l'anse qu'ils forment, est coupée par cette véritable ligature. Quant à l'ouverture fistuleuse, on en ravive les bords avec le bistouri par deux incisions légèrement concaves qui se rencontrent à angle aigu, et on les réunit immédiatement au moyen de la suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre.

Les trois malades que M. le professeur Béclard a opérés par ce procédé, ont été guéris en peu de temps de la fistule salivaire dont il n'est resté d'autres traces qu'une cicatrice linéaire peu marquée. On peut laisser le fil de plomb séjourner dans l'épaisseur de la joue, plus ou moins long-temps, sans craindre qu'il produise d'accidens; car chez le premier malade, qui fut opéré en 1820 et qui se rendit immédiatement après en province, il resta fixé dans la joue pendant dix-huit mois, au bout desquels on le détacha en incisant une petite portion de la membrane muqueuse, à laquelle il restait suspendu. Chez les autres, le fil de plomb fut enlevé après quelques mois; et l'on conçoit d'ailleurs qu'il est inutile de le laisser long-temps après que la fistule extérieure est complètement guérie.

Le professeur Atti, en employant les caustiques pour exciter dans l'ulcère fistuleux une inflammation qui le dispose à la cicatrisation, dit que l'escarrhe qui en résulte forme en même temps un obstacle à l'écoulement de la salive. Mais rien ne donne l'assurance qu'à la chute de cette escarrhe, on trouvera l'ouverture fistuleuse entièrement fermée, et dans le cas contraire il faudra renouveller ainsi, peut-être plusieurs fois, l'application du caustique. Indépendamment de cette circonstance, qui retarde la guérison, le malade conserve une cicatrice irrégulière, enfoncée, qui le défigure plus ou moins, tandis qu'elle est à peine visible à la suite de l'opération pratiquée d'après la méthode de M. le professeur Béclard, et qu'on a de plus l'avantage de s'opposer, dès le commencement, à la sortie de la salive, par la réunion immédiate des lèvres de la plaie, dont la cicatrisation est complète au bout de quelques jours (*Note du traducteur.*)

(1) *Della riproduzione delle parti del corpo umano*, etc.

pèrent au moyen d'une véritable reproduction de parties, s'il y a, en un mot, formation d'un nouveau tissu organique, composé des mêmes élémens que la partie qu'il remplace. Il ne pense pas que le rétablissement de la continuité des parties divisées dépende de l'existence d'une lymphe plastique épanchée entre leurs surfaces; mais il dit que ce phénomène résulte de l'alongement et de la dilatation de leurs nombreux vaisseaux capillaires, comme on le voit dans les amputations. Quand on a lié l'artère principale d'un membre et ses branches les plus grosses, le sang pénètre insensiblement dans de petits ramuscules dans lesquels il ne coulait pas avant, et si l'on observe ces vaisseaux avec attention, on voit qu'ils sont devenus saillans à la surface du moignon. De même dans une plaie, quand ils ont cessé de laisser écouler le sang, ce liquide n'en continue pas moins d'exercer sur leurs parois une impulsion qui les fait aller les uns au-devant des autres, en traversant la couche de lymphe intermédiaire. C'est par le même mécanisme que s'opère la guérison des plaies avec perte de substance, et il rejette, comme une hypothèse sans fondement, l'organisation successive d'une lymphe coagulable produite par l'inflammation. Ce mémoire ne contient pas d'ailleurs d'expériences nouvelles; l'auteur y discute seulement les opinions des auteurs qui ont admis la régénération des chairs.

*De la situation du fœtus dans l'utérus, par Gaetano Termanini, professeur d'accouchemens, etc.* (1). — On a disserté longuement et très-diversement sur ce sujet depuis Hippocrate. Les uns prétendaient que le fœtus était situé verticalement, la tête en haut, c'est-à-dire, vers le fonds de l'utérus; et cette opinion, qui est celle de Galien, fut professée dans les écoles jusqu'au seizième siècle, où Arantius remarquant que dans l'accouchement l'enfant

(1) *Della situazione del feto nell'utero*, etc.

sortait la tête la première, pensa que dans les derniers momens de la gestation, le fœtus faisait une culbute qui plaçait la tête où se trouvaient d'abord les fesses. On débattit ensuite pendant long-temps quelle était l'époque fixe où s'opérait cette culbute, et chacun émit un avis différent. Les autres, au contraire, pensaient que la tête du fœtus était tournée en bas dès le commencement de la grossesse, mais ils s'appuyaient de raisons peu solides. Celles qu'on peut apporter en preuve de cette opinion, qui est l'expression de la vérité, doivent être déduites d'abord du rapport qui existe entre la capacité de l'utérus et le volume du fœtus : en second lieu, du poids spécifique et respectif des diverses parties du fœtus.

Quand on considère que l'utérus est ovoïde, ainsi que la masse que forme le fœtus, comme Hippocrate l'a décrit ; que le tronc du fœtus prend un accroissement très-grand dans les septième, huitième et neuvième mois, tandis que l'eau, qui distend d'ordinaire les membranes, est bien moins abondante alors que dans les premiers mois, de sorte que le diamètre transversal de l'utérus est beaucoup plus petit que l'axe vertical du tronc du fœtus, qui remplit ainsi toute la capacité de l'utérus ; il semble impossible, d'après ces considérations, qu'il puisse effectuer une culbute dans les trois derniers mois de la gestation. Mais ces argumens ne sont pas applicables, comme on le voit, aux six premiers mois pendant lesquels la quantité des eaux est très-considérable et le fœtus très-petit. Il est certain qu'il jouit alors d'une telle mobilité que sa situation ne peut être déterminée que par le poids respectif des parties qui le constituent. Je conviens avec Bichat, qu'à cette époque le fœtus change de place à chaque instant, mais je pense que toujours la tête tend à se porter en bas. Cette partie est, en effet, la plus pesante relativement à toutes les autres dès le deuxième mois, et il en résulte qu'elle tend constamment à se diriger inférieurement vers

le centre commun de gravité, c'est-à-dire, sur l'orifice de l'utérus. Nul doute que dans certaines positions et par l'effet de quelques mouvemens de la mère, le fœtus est déplacé diversement; mais il reprend sa position première aussitôt que ces causes cessent d'agir. D'un autre côté, si l'on fait attention au peu de longueur du cordon et à son insertion voisine de la partie inférieure de l'abdomen dans les premiers temps de la conception, on aura une nouvelle preuve que la position naturelle et constante du fœtus dans l'utérus pendant toute la gestation, est celle où la tête se trouve dans la partie la plus déclive; car le bassin et les membres inférieurs, qui sont alors à peine développés, ne peuvent contrebalancer par leur poids le cerveau, et le foie qui occupe alors la partie supérieure du bas ventre. Je me suis en outre assuré de cette vérité, en tenant suspendus par le cordon, au milieu d'un vase rempli de liquide, des embryons et des fœtus abortifs de quelques semaines et d'un mois et demi.

Enfin, en se rappelant que le plus ordinairement le placenta est adhérent au fond de l'utérus, et que le cordon ombilical est fixé à la paroi antérieure de l'abdomen, on concevra facilement pourquoi le ventre du fœtus est tourné vers le fond de l'utérus. De plus, la saillie que forme en avant la portion lombaire du rachis, la grande concavité du ventre de la mère antérieurement, l'inclinaison du bassin dont l'axe est dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, expliquent pourquoi les fesses se portent en avant plutôt que vers toute autre région de l'utérus. Nous terminerons en faisant remarquer que les causes qui peuvent empêcher la position naturelle du fœtus d'exister telle qu'on vient de l'indiquer, sont les suivantes: 1.° La destruction du cerveau et d'une partie de la tête, comme dans l'anencéphalie et l'acéphalie. Ces fœtus monstrueux sont ordinairement placés en travers, comme j'ai pu m'en assurer dans quatre occasions différentes. 2.° L'ad-

hérence du placenta dans un point de l'utérus plus ou moins éloigné de son fond. Stein avait déjà donné cette raison pour expliquer les positions vicieuses du fœtus. 3.° Enfin, la conformation de certaines femmes rachitiques, chez lesquelles la portion lombaire du rachis est très-concave au lieu d'être convexe : dans ce cas les fesses se placent dans cette courbure.

## VARIÉTÉS.

### *Académie royale de Médecine.*

*Séance du 28 juillet.—Aliénation mentale.*—M. Esquirol lit un mémoire sur cette question : *Existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu'il y a quarante ans ?* L'accroissement de la population, dit l'auteur, les vices et les excès inséparables des progrès de la civilisation, ont fait augmenter, mais d'une manière lente et progressive, le nombre des insensés; je ne veux parler ici que de cette augmentation qui paraît effrayante, si l'on en juge par l'accroissement rapide de la population dans les asiles destinés aux aliénés. Cet accroissement a commencé à Paris dès l'année 1804; plus tard, les places ont manqué dans d'autres établissemens de province; depuis peu de temps les fous paraissent être plus nombreux dans quelques états d'Allemagne; en 1814, on a eu des craintes en Angleterre sur la fréquence de la folie. A quoi attribuer de pareils résultats? Les causes physiques exercent leur action d'une manière à-peu-près invariable dans tous les temps. Pendant la révolution, comme en 1814 et 1815, la frayeur fut funeste à quelques personnes, mais cette influence n'a été que passagère. L'indifférence en matière de religion est telle en France, qu'on n'y observe presque point de folies provoquées par le fanatisme religieux ou par la mysticité. Si l'éducation a perdu sous quelques rapports, elle s'est améliorée sous beaucoup d'autres. Les passions sociales ont eu, comme dans tous les temps, leurs succès et leurs revers; si les coups de la fortune ont été plus brusques depuis trente ans, ils n'ont en général atteint que le plus petit nombre. De 1786 à 1792, toute la population en France était agitée par le fanatisme politique, et l'exaltation de toutes les passions sociales; en 1792, il n'existait dans les établissemens de Paris que 1009 aliénés, même nombre qu'en 1786. L'exaltation des idées, l'emportement des passions a sur-tout été extrême dans quelques villes du Midi de la France; Lyon, Marseille, Nismes, n'avaient pas un aliéné de plus en 1810 qu'un demi-siècle auparavant. Le royaume d'Espagne a été horriblement tourmenté par le déchaînement de toutes les passions; en 1817, on ne se plaignait pas encore dans ce pays de l'augmentation du nombre

des aliénés. Même remarque relativement à l'Italie. Ainsi les commotions politiques n'ont eu aucune influence sur la fréquence de la folie, ni en France, ni en Espagne, ni en Italie. Ce n'est donc point dans l'étude des causes qu'il faut chercher la solution de la question indiquée.

Lorsqu'un prix sur le croup fut proposé à tous les médecins de l'Europe, cette maladie fut l'objet d'une préoccupation générale, presque tous les enfans en mouraient; la même chose a eu lieu pour l'hydrocéphale aiguë, les maladies du cœur, les inflammations, etc.; ces affections semblent s'être multipliées à mesure qu'on les a mieux connues et qu'on en a plus parlé. En 1776, on s'étonnait de l'augmentation du nombre des sourds-muets. L'abbé de l'Épée cherche la cause de ce fait, d'une part, dans l'éloignement de la société où l'on tenait ces infortunés avant qu'on eût trouvé les moyens d'améliorer leur sort; et, d'autre part, dans l'intérêt qu'ils inspirèrent, et les soins dont ils devinrent l'objet dès qu'on put rendre à leurs facultés une partie de leur activité. Ce que l'on a dit des sourds-muets n'est-il pas d'une application parfaite aux aliénés ?

Lorsque M. Pinel eut brisé les chaînes des insensés de Bicêtre, lorsqu'il eut publié le *Traité de la manie*, son plus beau titre à l'admiration et à la reconnaissance publique, une ère nouvelle commença pour les aliénés. Ces malheureux devinrent l'objet d'un intérêt spécial; les préventions diminuèrent; l'espoir d'obtenir leur guérison gagna les cœurs; on réclama les secours de la médecine. Forte des préceptes consignés dans le *Traité de la manie*, avertie de ses ressources, la médecine des maladies mentales fit de grands progrès; elle abandonna le traitement exclusif adopté jusque là; elle chercha de nouvelles méthodes thérapeutiques, et les varia suivant les causes mieux connues, les symptômes mieux appréciés, et la marche de ces maladies mieux étudiée. Au secours de l'hygiène, aux remèdes fournis par la pharmacie, les médecins aujourd'hui combinent et substituent souvent les moyens moraux, sorte de médecine impraticable autrefois, souvent mise en usage de nos jours, même dans les hôpitaux, et qui est plus féconde en succès qu'on ne pense généralement.

M. le marquis de Pastoret, dans le rapport sur l'état des hospices et hôpitaux de Paris, imprimé en 1816, donne les résultats suivans du traitement des aliénés dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre. Depuis le 1.^er^ janvier 1804, jusqu'au 1.^er^ janvier 1814, 3,943 insensés des deux sexes ont été admis dans ces deux hospices; il en est sorti 2,149, guéris, c'est-à-dire, plus de la moitié. Un membre de la commission des hospices et hôpitaux de Paris, qu'on ne peut accuser de partialité en faveur des médecins, dans un résumé général des admissions et des sorties des insensés dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, depuis 1801 jusqu'à 1821, avoue que 4,968 individus des deux sexes sont sortis guéris de ces hôpitaux, sur 12,592 insensés admis. Si M. l'administrateur eût défalqué des individus reçus dans ces deux hospices, comme aliénés en traitement, les idiots, les épileptiques, les vieillards tombés en

démence sénile, la proportion des guérisons eût dépassé de beaucoup la moitié des admissions. Ces résultats, auxquels je pourrais en ajouter de plus avantageux encore, sont satisfaisans sans doute; ils doivent rassurer les familles affligées d'avoir un de leurs membres atteints d'une aussi effroyable maladie. Et quelle est, en effet, la maladie grave et chronique dans le traitement de laquelle la médecine obtienne des succès plus nombreux? Si, de ces résultats obtenus dans les deux hôpitaux de Paris, on rapproche les guérisons opérées à Charenton et dans plusieurs villes des départemens, tandis qu'auparavant la guérison d'un fou passait pour un phénomène, force sera de convenir que le traitement des maladies mentales a fait de nos jours de grands progrès.

Tandis que les étrangers ont traduit avec empressement le *Traité de la manie*, de M. Pinel; tandis qu'ils traduisent les ouvrages des médecins français qui ont écrit sur cette matière; tandis qu'ils viennent visiter nos établissemens, assister à nos leçons, suivre notre pratique, en un mot, apprendre à traiter les fous, y aurait-il en France des hommes qui refusassent à la médecine française l'honneur d'avoir cultivé avec succès cette branche délaissée de la médecine?

Le traitement des maladies mentales a donc fait de nos jours de grands progrès. Ainsi, on étudie davantage la folie, on la connaît mieux, on guérit un plus grand nombre d'aliénés; ces malades sont l'objet de la sollicitude des familles; on réclame pour eux les secours de la médecine; on s'empresse de les placer dans les établissemens destinés à les recevoir. Les asiles d'aliénés ont éprouvé d'importantes améliorations, et les familles ne craignent plus d'y placer leurs malades; des pauvres simulent la folie pour y être admis; quelquefois on y transporte des malades qui n'ont qu'un délire fébrile; la police y envoie les mauvais sujets trouvés ivres dans les rues, et dont l'intelligence reste lésée pendant quelques jours. Autrefois les familles ne songeaient point à se débarrasser des mélancoliques paisibles, des vieillards dont l'intelligence est affaiblie, des paralytiques tranquilles; aujourd'hui les hospices en contiennent un grand nombre; ces malades formaient le dixième de la population il y a trente ans, le quart il y a dix ans, ils en forment le tiers aujourd'hui. Telles sont les véritables causes de l'augmentation du nombre des aliénés dans les établissemens destinés à les recevoir. A Bordeaux, à Lyon, à Toulouse, à Montpellier, comme à Paris, la population des hospices s'est accrue à mesure qu'on a amélioré le sort des aliénés.

*Conclusion.* 1.° L'encombrement des établissemens publics en France, particulièrement à Paris, ne prouve pas plus que le nombre des aliénés est réellement augmenté, que l'appréciation des causes ne donne raison de cette augmentation. 2.° Les travaux, les écrits des médecins, particulièrement ceux de M. Pinel, ont puissamment concouru à mettre en évidence les aliénés, et, par conséquent, à faire croire que leur nombre était augmenté; 3.° les améliorations de tous genres introduites dans les asiles destinés à ces malades, en y attirant un plus grand nombre d'indi-

vidus, ont confirmé cette croyance. 4.° Puisque l'augmentation du nombre des aliénés n'est qu'apparente, il n'est pas vrai que l'aliénation mentale soit une calamité propre aux temps présens.

*Séance du* 8 *septembre.* — *Emploi de l'écorce du grenadier contre le tœnia.* — M. Husson a communiqué un fait nouveau qui confirme ce que nous avions rapporté précédemment relativement à la propriété de l'écorce de la racine du grenadier, pour expulser le tœnia. Le malade sur lequel il a fait usage de la décoction de l'écorce de cette racine, était tourmenté de la présence du tœnia depuis près de dix ans ; il s'était inutilement soumis à plusieurs traitemens usités et recommandés en pareil cas, lorsque M. Husson, informé des succès obtenus de la décoction de l'écorce de la racine du grenadier, résolut de l'employer pour ce malade. Afin de n'avoir à redouter aucune espèce d'infidélité dans la préparation du médicament, un grenadier fut acheté ; et sa racine dépouillée de son écorce par le malade lui-même. Deux onces furent mises dans une livre et demie d'eau ; qui fut réduite par l'ébullition à une livre, et le malade prit deux onces de cette décoction toutes les deux heures. A la fin de la journée, le malade, après avoir éprouvé des coliques très-violentes, sentit sortir par l'anus une espèce de ruban plat, large, blanc, annulé, que, dans son empressement à s'en débarrasser, il cassa. Aussitôt la partie supérieure du fragment remonta à l'anus. La partie inférieure, présentée à l'Académie, fut reconnue pour être une portion de tœnia et avoir plus de trois aunes de longueur. Mais comme la partie supérieure est remontée dans l'intestin, le malade sera soumis à une nouvelle administration de la décoction de l'écorce de la racine du grenadier, aussitôt qu'il aura rendu quelques nouveaux anneaux de tœnia. Cette dernière condition est de rigueur dans l'administration du remède ; car il est d'observation qu'il n'agit que lorsque les malades rendent depuis quelque temps des anneaux de tœnia.

*Séance du* 28 *septembre.* — *Emploi de l'iode dans les engorgemens du testicule.* — M. Rochoux lit un rapport sur un mémoire de M. Eusèbe de Salle, relatif à l'emploi de l'iode dans les engorgemens chroniques du testicule. Le traitement consiste en frictions sur le testicule, avec la pommade d'hydriodate de potasse, en même temps qu'on administre la teinture d'iode à l'intérieur. C'est par la combinaison de ces moyens, que l'auteur a vu disparaître plusieurs engorgemens chroniques. Mais le rapporteur, tout en reconnaissant, dans ces cas, le bon effet de ce médicament, ne croit pas, comme M. Eusèbe de Salle paraît porté à le penser, qu'il jouisse aussi des vertus antisyphilitiques.

— M. Andral fils lit des observations sur l'oblitération des conduits biliaires produits par l'engorgement inflammatoire de leurs parois. (*Voyez* page 161 de ce volume.)

*Rupture de la veine splénique.* — M. Deguise père rapporte succinctement l'histoire d'un individu qui succomba un mois après avoir reçu un violent coup de pied dans le flanc gauche, et qui, dans les derniers

temps, présenta tous les symptômes d'une péritonite : à l'autopsie cadavérique, on trouva une inflammation générale du péritoine avec épanchement sanguin, et la veine splénique complètement rompue.

*Acétate de morphine.*—M. Vassal lit un long mémoire intitulé : *Considérations médico-légales sur l'acétate de morphine*, avec cette épigraphe, dans laquelle l'auteur fait ainsi parler la morphine : *oculos omnium in me conversos video.* Des observations et des expériences assez nombreuses qu'il rapporte, M. Vassal conclut que ce sel végétal n'exerce aucune action nuisible sur l'économie animale, même à très-hautes doses.

*Assemblée générale du 4 octobre.* — M. Husson demande comment on a pu omettre, dans le rapport sur les vaccinations de 1823, les noms honorables des fondateurs de la vaccine en France, MM. de la Rochefoucault-Liancourt et Thouret. M. Moreau, rapporteur de la commission de vaccine, dit que les membres qui ont entendu la lecture du rapport, lorsqu'elle a été faite à l'assemblée, doivent se rappeler que les noms de MM. Thouret et de la Rochefoucauld n'avaient point été injustement oubliés par la commission ; mais qu'on les a supprimés après la remise du rapport dans les bureaux. M. le secrétaire-perpétuel ne donne aucune explication à ce sujet.

*Section de Médecine. — Séance du 12 octobre. — Anencéphalie.* — M. Geoffroy-Saint-Hilaire présente un fœtus monstrueux dépourvu de cerveau et de moelle épinière : ce nouvel exemple d'amyélencéphalie est analogue à celui dont il a donné l'histoire dans son livre sur les monstruosités, et qu'il y a désigné sous le nom d'*anencéphale de la Seine.* Il lit à ce sujet des remarques intéressantes sur les causes de ce phénomène, et qui ne sont d'ailleurs que de nouvelles applications des principes que ce savant a consignés dans son ouvrage.

*Points cartilagineux dans l'arachnoïde.* — M. Léveillé rapporte succinctement l'observation d'un épileptique dont le cadavre n'offrit à l'autopsie aucune altération notable de l'encéphale : il y avait seulement deux points d'ossification dans la faux cérébrale ; mais l'arachnoïde rachidienne présentait un grand nombre de lamelles cartilaginiformes irrégulièrement arrondies, d'un blanc opalin. MM. Esquirol et Rullier font remarquer à ce sujet, que ces productions cartilaginiformes de l'arachnoïde vertébrale, ne peuvent être considérées comme existant plus particulièrement dans l'épilepsie, puisqu'on les trouve également chez des sujets qui n'ont jamais été atteints de cette maladie, et que beaucoup d'épileptiques n'en n'offrent à l'autopsie aucunes traces.

*Hypospadias.* — On présente ensuite un individu dont la petite stature et la conformation antérieure annoncent un rachitique : sa voix est grêle ; il porte une longue barbe noire, et se montre au public pour un individu du sexe féminin. Il résulte de l'exploration des parties génitales, que cette prétendue femme barbue n'est autre qu'un homme dont le scrotum bifide est surmonté d'un pénis imperforé. L'ouverture extérieure de l'urètre est placée directement au-dessous de la racine de la verge.

Le doigt introduit dans le rectum, tandis qu'une sonde était portée dans la vessie, a fait reconnaître qu'il n'y avait point d'utérus, et que ce vice de conformation n'était autre chose qu'un nouvel exemple hypospadias : il n'existe aucun développement des glandes mammaires. M. Flamand, professeur à l'Ecole de Médecine de Strasbourg, qui assistait à la séance, a rapporté un exemple entièrement analogue à celui-ci, et qu'il avait observé récemment à Mézières.

*Encéphaloïde.* — M. Velpeau présente la pièce d'anatomie pathologique suivante : un testicule d'un volume quadruple de celui qui lui est naturel, renferme plusieurs masses encéphaloïdes; on en observe de semblables ayant une grosseur variable, qui accompagnent le cordon spermatique dans toute son étendue. La veine cave est également entourée de masses encéphaloïdes plus volumineuses, et l'on remarque dans la cavité de ce vaisseau, à quatre travers de doigt environ au-dessus de la naissance des deux veines iliaques, un caillot fibrineux épais, adhérent par sa partie supérieure, dans la longueur d'un pouce, et libre dans toute sa circonférence au-dessous de son adhérence. Il se bifurque inférieurement, et envoie un prolongement dans chacune des veines iliaques : il existe dans son épaisseur plusieurs amas de substance encéphaloïde non ramollie, et en tout semblable à celle qui forme les tumeurs qui sont extérieures à ce vaisseau.

## *Enseignement médical.*

*Année classique de* 1824-25. — La Faculté de Médecine de Paris ouvrira ses cours d'hiver dans les premiers jours du mois de novembre. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

*Chimie.* M. Orfila ; lundi, mercredi et vendredi, à dix heures et demie.
*Anatomie.* M. Béclard ; mardi, jeudi et samedi, à dix heures et demie.
*Physiologie.* M. Duméril ; lundi, mercredi et vendredi, à midi.
*Pathologie médicale.* M. Fizeau ; mardi, jeudi et samedi, à trois heures.
*Pathologie chirurgicale.* M. Roux ; lundi, mercredi et vendredi, à trois heures.
*Opérations et appareils.* M. Richerand ; mardi, jeudi et samedi, à midi.
*Cliniques.* Tous les jours, de six à dix heures du matin ; savoir : *Clinique médicale :* Rue des Saints-Pères ; MM. Landré-Beauvais, Récamier, Laennec, et Cayol, par trimestre chacun : *Clinique chirurgicale.* MM. Boyer, Dupuytren et Bougon ; le premier à la Charité, le second à l'Hôtel-Dieu, et le troisième rue de l'Observance, N.° 3 ; toute l'année, à l'exception des vacances. *Clinique d'accouchemens :* M. Deneux, à la Bourbe.

*Cours particuliers.* — D'après l'article 4 de l'ordonnance du Roi, en date du 2 février 1823, il est dit que *les seuls agrégés dans le ressort de la Faculté de Paris, peuvent être autorisés par le Grand-Maître à*

*faire des cours particuliers.* C'est en vertu de cet article que MM. les docteurs ci-dessous désignés professeront les cours suivans pendant le semestre d'hiver.

*Anatomie.* MM. Breschet, tous les jours, de quatre à cinq heures, rue de l'Observance, amphithéâtre de clinique : Serres, amphithéâtre de la Pitié, tous les jours à midi : Cloquet (Jules), tous les jours, de quatre à cinq heures, amphithéâtre N.° 1 de l'Ecole-Pratique : Gerdy, tous les jours, à trois heures, même amphithéâtre : Bouvier, tous les jours à deux heures, amphithéâtre de clinique.

*Physiologie.* MM. Adelon, tous les jours, de trois à quatre heures, rue des Maçons-Sorbonne, N.° 22 : Ségalas, tous les jours, de six à sept heures du soir, amphithéâtre N.° 1, de l'Ecole-Pratique.

*Pathologie médicale.* MM. Chomel, tous les jours, à deux heures, à la Charité : Gaultier de Claubry, trois fois par semaine, rue de la Harpe, N.° : Ségalas, tous les jours, de sept à huit heures ~~du soir~~, amphithéâtre N.° 1, de l'Ecole-Pratique.

*Pathologie chirurgicale et médecine opératoire.* MM. Breschet, tous les jours, à cinq heures, amphithéâtre de clinique externe : Cloquet (Jules), tous les jours, à cinq heures, amphithéâtre, N.° 1, de l'Ecole-Pratique : Lisfranc, tous les jours, à cinq heures, rue des Grès, amphithéâtre de M. Broussais.

*Matière médicale.* Cloquet (Hippolyte), tous les deux jours, rue de l'Observance, N.° 3.

*Accouchemens.* MM. Capuron, tous les jours, à 7 heures du soir, cloître Saint-Benoît : Moreau, tous les jours, *id.*, rue des Maçons-Sorbonne, N.° 22 : Velpeau, tous les jours, *id.*, amphithéâtre de clinique externe.

*Maladies de l'appareil urinaire.* M. Ségalas, tous les jeudi, à sept heures du soir, amphithéâtre de l'Ecole-Pratique.

*Nota.* Dans notre prochain Numéro, nous ferons connaître la liste des médecins et des chirurgiens qui ont obtenu et obtiendront de Son Exc. le Ministre de l'instruction publique, le privilège de faire des cours particuliers sans être revêtus des titres d'agrégés en exercice et stagiaires dans le ressort de la Faculté de Paris. Nous aurons soin aussi de rendre compte des progrès de l'enseignement médical.

---

*Lettre sur quelques points de physiologie, adressée à M. le professeur* Richerand, *par M.* Ségalas d'Etchepare, *agrégé à la Faculté, etc.*

Vous avez eu l'obligeance, M. le Professeur, de me demander à consigner dans la neuvième édition de vos Élémens de physiologie les résultats nouveaux que je pourrais avoir obtenus dans mes essais sur les animaux,

Parmi les faits que l'habitude où je suis, depuis six années, de terminer mes leçons par des expériences, m'a donné occasion de constater, il en est plusieurs qui, nouveaux au moment où je les signalais aux élèves, ont cessé de l'être depuis. Je ne pense pas devoir vous en entretenir. Ils se trouvent rapportés dans des ouvrages justement estimés; j'aurais mauvaise grâce à les revendiquer. Mais je crois pouvoir vous offrir, comme m'étant encore propres, les observations qui suivent.

1.° Quand on porte directement dans les bronches d'un animal (1), à l'état liquide, un poison énergique et de nature à agir par voie d'absorption, cette substance produit les phénomènes de l'empoisonnement beaucoup plus rapidement, et à des doses beaucoup moindres, que si elle était portée sur toute autre membrane muqueuse. Par exemple, *deux grains* d'extrait alcoholique de noix vomique, dissous dans deux onces d'eau, produisent en quelques secondes, par la voie des bronches, un tétanos toujours suivi d'une mort immédiate, chez un chien de moyenne taille (2). Au lieu qu'en portant dans la vessie d'un chien de même stature, *deux gros* de la même substance, dissous dans une suffisante quantité d'eau, on n'observe de mouvemens convulsifs qu'après une attente de vingt minutes, et la mort n'arrive jamais que plus ou moins de temps après (3). Ce rapprochement prouve, d'un côté, qu'il existe de très-grandes différences entre les diverses parties du corps, sous le rapport de la quantité des substances qu'elles absorbent, et du temps que les substances absorbées emploient pour arriver aux centres nerveux, ou, si l'on veut, sous le rapport de l'énergie et de la rapidité de l'absorption, et de l'autre semble attester que ces deux circonstances de l'absorption; l'énergie et la rapidité, sont en rapport avec la masse du sang qui arrive aux organes, et la promptitude avec laquelle ce fluide en revient.

2.° Les poisons qui agissent d'une manière directe sur les centres nerveux, produisent plus promptement leur effet quand on les porte à l'état liquide dans les bronches, que quand on les injecte sous la même forme dans les veines. Ce résultat semble annoncer qu'il faut moins de temps au poison pour arriver aux centres nerveux par la voie de l'absorption

---

(1) Ces expériences ont été faites sur des mammifères: celles qui regardent l'absorption, la circulation et l'exhalation, la plupart sur des chiens ou des chats; celles qui ont rapport à la respiration, à la calorification et au système nerveux, presque toutes sur des cabiais ou des lapins.

(2) L'injection d'une certaine quantité d'eau pure, d'un verre, et même plus, dans les bronches d'un tel animal, ne donne lieu à aucun accident.

(3) Un demi-grain injecté dans les bronches suffit pour tuer un très-gros chien en moins de deux minutes. Deux grains sont portés sans effet sensible dans l'estomac, le péritoine ou la plèvre d'un animal bien plus faible. Je donnerai prochainement un tableau détaillé de mes expériences à ce sujet.

pulmonaire, que par la voie de la circulation à sang noir, et prouver que l'absorption pulmonaire, ou le passage d'une substance, appliquée sur la membrane muqueuse des poumons, dans les vaisseaux de ces organes, se fait plus rapidement que le transport du sang noir, des veines principales, dans les divisions de l'artère pulmonaire.

3.° Innocents, médicamenteux ou vénéneux, les liquides sont indifféremment absorbés, pourvu qu'ils soient miscibles avec le sang et sans action corrosive sur les tissus organiques : témoins l'eau, les poisons narcotiques dissous dans l'eau, l'alcohol affaibli, etc. D'où l'on doit conclure que la sensibilité organique ne préside pas à l'absorption, ou que la contractilité organique insensible lui est souvent infidèle.

4.° Les substances immiscibles avec le sang, fussent-elles liquides, ne sont point absorbées, ou du moins le sont très-peu et très-lentement. C'est ainsi, par exemple, que l'huile injectée dans le péritoine d'un chien, s'y montre, huit ou dix jours après, en quantité visiblement la même, et agit comme un puissant irritant sur cette membrane qu'elle enflamme dans toute son étendue. Ceci prouve que les médicamens soumis à l'absorption doivent agir avec plus d'énergie dans les véhicules aqueux que dans les huileux, et probablement aussi que dans les véhicules butyreux ou graisseux, et semble contr'indiquer l'onction des doigts avec l'huile ou le bourre pour la réduction des intestins, dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de ces viscères.

5.° Les substances qui désorganisent instantanément les tissus sur lesquels on les applique, ne sont point absorbées, même à l'état liquide : témoin les acides sulfurique et nitrique concentrés. Ce qui explique pourquoi l'action de ces substances est d'abord seulement locale et ensuite locale et sympathique, et prouve que la réaction de l'économie sur ces agens délétères, ou comme on l'a dit, le refus qu'elle fait de les recevoir, tient moins à l'exercice de l'organisme qu'à l'absence de l'organisation, qu'à la destruction des conduits absorbans.

6.° Si, sur un chien, on lie l'artère aorte immédiatement au-dessus de sa bifurcation en iliaques primitives, l'animal laisse bientôt remarquer une faiblesse des extrémités postérieures, et après huit ou dix minutes, plus ou moins, selon qu'il est maintenu en repos ou en activité, il peut à peine se traîner sur les jambes de derrière.

Ce fait se joint à ceux déjà fournis par l'observation, pour prouver que l'abord du sang artériel dans une partie est une condition nécessaire de son exercice musculaire.

7.° Quand on lie de même isolément, et à la même hauteur, la veine cave inférieure, chez un animal semblable, les extrémités postérieures, quoique affaiblies, conservent encore le mouvement ; mais elles ne tardent pas à se gorger de sang, et peu d'heures après, quatre, cinq, heures au plus, elles sont infiltrées de sérosité. Cette expérience, rapprochée de la précédente, montre que la suspension de la circulation veineuse dans les membres, est moins grave que celle de la circulation

artérielle, et fait concevoir les œdèmes qui succèdent à la gêne du cours du sang veineux dans divers états morbides et même physiologiques, dans la grossesse, par exemple.

8.° Qu'on lie simultanément et à la même hauteur, immédiatement au-dessus de leur bifurcation, l'artère aorte et la veine cave; l'animal, placé dans les mêmes circonstances qu'après la ligature isolée de l'aorte, conservera le mouvement des extrémités postérieures, au moins une fois plus de temps, seize, vingt et plus de minutes. Ce qui semble annoncer deux choses et en prouve au moins une, savoir, que la suspension de la circulation veineuse retarde la perte des qualités stimulantes du sang rouge, et que le sang veineux, au lieu d'être stupéfiant, comme on l'a dit, est seulement moins excitant que le sang artériel.

9.° Si, pour l'ablation d'un rein ou de la rate, on coupe les vaisseaux de ces organes avec l'instrument tranchant, et qu'on en néglige la ligature, il survient une hémorrhagie abondante et suivie d'une mort prompte; tandis que la déchirure des mêmes vaisseaux par l'arrachement des mêmes viscères, ne donne lieu qu'à l'écoulement d'une très-petite quantité de sang, et rend la ligature une précaution superflue. Ce fait confirme les conclusions déjà tirées des observations faites chez l'homme, sur les plaies par arrachement, et dissipe toute crainte d'hémorrhagie consécutive dans les blessures de ce genre.

10.° Si l'on lie, sur un cône solide, la trachée-artère d'un mammifère, de manière à intercepter toute communication entre les bronches et l'air extérieur, l'animal périt d'asphyxie, en un temps déterminé, quoique variable selon l'âge qu'il porte, le genre auquel il appartient, etc. Si, sur un animal de même âge, de même espèce, placé dans les mêmes circonstances, on ouvre largement la poitrine, en même temps qu'on obture la trachée, la mort arrive plus tard. Un retard semblable, quoique moindre, s'observe encore dans la mort qui suit l'oblitération de la trachée-artère, si on a le soin de mettre les viscères abdominaux à découvert par une incision cruciale, et de mettre à nu le tissu cellulaire sous-cutané, en dépouillant le corps de l'animal. Ce résultat prouve d'abord que l'oxygénation du sang, comme le dégagement de l'acide carbonique, peut se faire ailleurs que sur la surface muqueuse des poumons, et particulièrement sur la surface séreuse de ces viscères, sur le péritoine et sous le derme. Ensuite il semble annoncer que la prérogative dont jouit l'homme de survivre à des asphyxies prolongées, tandis que les autres mammifères ne reviennent jamais à la vie quand ils ont depuis quelques secondes cessé tous mouvemens, y compris ceux du cœur, tient à ce que l'état de nudité de la peau humaine permet sur cette membrane une respiration partielle, refusée aux animaux couverts de poils ou d'autres parties épidermoïques. Enfin il confirme l'utilité des frictions sèches, faites sur la peau des asphyxiés, en signalant, à côté de leur action sympathique sur la respiration pulmonaire, l'influence locale qu'elles doivent exercer sur la respiration cutanée.

11.° Quand sur un animal asphyxié, et dont le cœur cesse à l'instant de battre, on fait une large ouverture à l'une des veines caves, ou même des jugulaires, les mouvemens du cœur se rétablissent immédiatement, sans doute parce que les parties droites du cœur, distendues par du sang, acquièrent par la saignée la faculté de revenir sur elles-mêmes, et entraînent les parties gauches de ce viscère dans leur action, comme elles semblent les avoir entraînées dans leur repos. Ce qui montre l'utilité des émissions sanguines dans le traitement des asphyxies, et la préférence que mérite l'incision de la veine jugulaire sur celle des autres veines.

12.° Si l'on arrête subitement la circulation pulmonaire d'un chien, en injectant dans ses veines une certaine quantité d'un fluide immiscible avec le sang, une once d'huile, par exemple, et qu'on examine le corps immédiatement après la mort, qui arrive en deux ou trois minutes, on ne trouve de remarquable que la présence de l'huile dans les dernières divisions de l'artère pulmonaire, la distension des cavités droites du cœur, et la pléoitude des gros troncs veineux correspondans. Mais si un animal, mis dans les mêmes circonstances, n'est ouvert que dix, quinze et surtout vingt, trente heures après, l'on observe que les cavités séreuses, spécialement celles de la poitrine, sont occupées par de la sérosité pure ou légèrement sanguinolente; que les cavités droites du cœur et les veines correspondantes contiennent peu de sang, et, qu'en outre, ce fluide est en partie dépouillé de son sérum. Cette différence d'état prouve que des épanchemens séreux ou séro-sanguins, constatés dans les cavités séreuses de l'homme par des autopsies faites vingt-quatre ou trente heures après la mort, peuvent, surtout si celle-ci a préludé par un embarras de la circulation pulmonaire, être au moins en partie des résultats cadavériques.

13.° Que l'on isole par deux ligatures un tronc artériel, en ayant le soin de le lier de manière à ce qu'il soit distendu par du sang, le cylindre vasculaire perd bientôt de son volume, et, réduit en peu d'heures presque à l'épaisseur de ses parois, il ne contient plus qu'une petite quantité d'un sang noir et coagulé. Cette expérience atteste qu'il suffit que le sang rouge stagne dans les vaisseaux, pour qu'il devienne noir et qu'il perde une partie de son sérum; et explique ainsi la couleur livide des parties étranglées, et le développement des phlyctènes qu'elles offrent à leur surface.

14.° Quand on plonge un thermomètre dans le ventre d'un animal, il présente une température d'autant plus élevée, qu'on le tient plus près du diaphragme, et d'autant plus basse, qu'on le place plus loin de ce muscle. Les différences de température, constatées de la sorte, peuvent aller à trois ou quatre degrés de Réaumur. On observe des différences analogues quand le thermomètre est porté sous la peau des diverses parties du corps : de telle sorte, que plus on s'éloigne de la poitrine et des principaux troncs artériels et veineux, et plus la température est basse, toutes choses égales d'ailleurs. Ces faits dénotent que la température du

corps n'est pas aussi égale qu'on a pu le croire, et semblent indiquer la poitrine comme le principal foyer de la chaleur animale, et le sang comme le véhicule de cette chaleur.

15.° Si, sur un cabiais mâle, dont on a mis le cerveau à nu, on plonge un stylet dans le cervelet, de manière à arriver à la partie supérieure de la moelle de l'épine, on produit l'érection; et si l'on pousse ensuite le stylet dans la colonne vertébrale jusqu'à la région lombaire, l'éjaculation a lieu; tandis que la veine, fût-elle pleine, n'en conserve pas moins on dépôt (1). Les mêmes phénomènes s'observent dans les cabiais décapités, quand on agit de même avec un stylet et de haut en bas sur la moelle de l'épine. La dilacération isolée du cerveau ou de la partie inférieure de la moelle de l'épine ne produit jamais un effet semblable. Il en est de même de la déchirure du cervelet, du moins dans ses parties supérieure, postérieure et inférieure. Ce qui semble annoncer un rapport spécial entre l'appareil excréteur du sperme et certaines parties de la moelle de l'épine, sans détruire celui que l'on dit exister entre le cervelet et les organes génitaux.

16.° Les résultats de mes autres expériences sur le système nerveux et l'action musculaire, sont à-peu-près conformes à ceux consignés dans les travaux que l'Académie des Sciences a couronnés dans ces derniers temps. Je ferai seulement remarquer que plusieurs substances, qui passent pour produire la mort par asphyxie, entre autres le camphre, la donnent par leur action directe sur le système nerveux, ainsi que je crois l'avoir déjà prouvé pour la strychnine, dans une lettre adressée à M. Magendie, et insérée dans son Journal de physiologie expérimentale, en octobre 1822. D'où l'on peut conclure que l'insufflation de l'air dans les poumons est un moyen inutile dans les empoisonnemenspar ces substances.

---

— Notre bonne sœur la *Revue*, quoique béate et par fois un peu *prêcheuse*, ne paraît pas cependant savoir ce que c'est que l'humilité. Notre chère sœur vient de publier un *éloge historique*, dans lequel elle a bien su vanter elle-même son mérite et celui de ses amis.

— M. le docteur Civiale nous prie d'annoncer que l'on vend, comme étant de lui, des instrumens lithontripteurs qui diffèrent beaucoup des siens. M. Civiale ajoute qu'il ne tardera pas à faire connaître son procédé.

— *Rupture de l'aorte occasionnée par l'introduction d'un os dans*

---

(1) Je crois avoir reconnu la cause de ce fait. Je me propose de l'indiquer dans un travail anatomique sur les organes génitaux des cabiais.

*l'œsophage.* — M. Laurencin, officier de santé de la marine, à Rochefort, nous communique le fait suivant. Un individu entre à l'hôpital avec les symptômes d'une pneumonie du côté gauche, avec un point douloureux près de la colonne vertébrale. Diète, saignées, boissons mucilagineuses Les accidens semblèrent se calmer; mais le dixième jour, après un accès de toux, le malade vomit des flots de sang vermeil, et mourut en moins de cinq minutes. A l'ouverture, on trouva les traces de la pneumonie. L'œsophage présentait, vers le milieu de la poitrine, une ulcération de la largeur d'une pièce de vingt sous, qui avait déterminé celle de l'aorte, puis la rupture de cette artère, à deux pouces au-dessous de sa grande courbure. A l'endroit de cette crevasse, qui avait au moins six lignes d'étendue, se trouvait un petit os d'un pouce de longueur, de forme pyramidale, pesant 18 grains, et dont l'extrémité supérieure très-aiguë avait pénétré de l'œsophage dans l'aorte. On a su depuis que ce jeune homme avait avalé cet os, huit ou dix jours avant son entrée à l'hôpital. Un cas absolument semblable est consigné dans la thèse de M. Léger, sur les corps étrangers, (collection de Montpellier); il a été communiqué à l'auteur par M. Dubrueil, professeur d'anatomie au port de Toulon.

— *Taille transversale.* M. Dupuytren vient d'opérer à l'Hôtel-Dieu huit malades d'après cette méthode. Tous sont parfaitement guéris.

— M. Cruvelhier est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Montpellier, en remplacement de M. Fages, décédé. Pour cette nomination, la Faculté avait présenté pour premier candidat M. Cruvelhier, pour second candidat M. Provençal. Le Conseil académique avait présenté MM. Bérard et Delmas. M. Cruveilhier rendra d'importans services à l'enseignement de la médecine à Montpellier; ce médecin est surtout très-versé dans la connaissance de l'anatomie pathologique, et sous ce rapport, il pourra un peu corriger la tendance métaphysique des professeurs de cette école qui considèrent les maladies comme des *idées du principe vital.*

— *Dyspnée mortelle sans altérations organiques.* M. Andral publie, dans le dernier numéro de la *Revue*, deux observations de dyspnée devenue mortelle en peu de jours, sans qu'on ait trouvé, à l'ouverture, de lésions qui indiquassent la cause de la maladie et de la mort. Mais M. Andral ne parle ni du rachis ni des nerfs de la huitième paire. Cet observateur éclairé sait cependant quelle influence la moelle épinière et les nerfs pneumo-gastriques exercent sur la respiration.

— *Fièvres essentielles.* La nouvelle doctrine est défendue avec beaucoup de talent par M. Girard fils, professeur de l'école d'Alfort et rédacteur principal du Journal de médecine vétérinaire. Dans un article du dernier numéro de ce journal, M. Girard cherche à prouver qu'il n'y a aucun exemple bien constaté de fièvres essentielles dans les ouvrages des médecins vétérinaires. Il conclut en disant, 1.° Que Solleysel, Garsault, Bourgelat et Delabère-Blaine, tout en admettant l'existence des

fièvres essentielles dans les animaux domestiques, s'expriment de manière à laisser entrevoir qu'ils n'en ont jamais observé eux-mêmes, et qu'ils ne font qu'obéir à l'opinion générale. 2.° Que Lafosse et Volpi n'y croient pas, ce dont il est facile de se convaincre en lisant les passages que nous avons transcrits. 3.° Que Vitet décrit les fièvres d'après les ouvrages de médecine humaine, et qu'il a été lui-même copié par Rosier et autres. 4.° Que tous les auteurs qui, après eux, ont parlé de ces maladies, se sont copiés les uns et les autres avec quelques variantes nécessitées par le temps et les nouvelles doctrines. 5.° Que les observations rapportées dans les *Instructions vétérinaires*, loin de prouver l'existence des fièvres essentielles, militent en faveur de l'opinion contraire. 6.° Que les deux assertions de M. Grognier ne sont appuyées d'aucune preuve. 7.° Que les trois observations de M. Damoiseau sont incomplètes, sans force et sans valeur, parce qu'il n'y a point eu d'ouverture de cadavre, et que les maladies qu'il décrit ne semblent être que des gastro-entérites, avec ou sans complications. 8.° Que l'on peut beaucoup mieux expliquer l'intermittence des fièvres, en les regardant comme le résultat de diverses phlegmasies, qu'en les considérant comme essentielles, puisqu'il existe une maladie inflammatoire (la fluxion périodique), dont l'intermittence est bien constatée, et qui cependant n'est jamais précédée et très-rarement accompagnée d'un mouvement fébrile. 9.° Qu'à la suite des fièvres pestilentielles, charbonneuses, bilioso-adynamiques, des épizooties du dix-huitième siècle, etc., on a toujours trouvé, à l'ouverture des cadavres, de profondes traces d'inflammation de différens organes, surtout des viscères digestifs. 10.° Enfin, qu'il n'est pas permis, avec les observations que l'on possède, de considérer les fièvres comme pouvant exister dans les animaux domestiques, indépendamment de la lésion d'un organe quelconque; que le mot *fièvre*, employé tantôt pour désigner des maladies plus ou moins dangereuses, d'autres fois un effort salutaire de la nature pour délivrer l'économie d'un principe nuisible, ne doit s'entendre que d'un groupe de symptômes qui accusent et représentent plus ou moins fidèlement une *inflammation*.

— M. Brichetcau nous adresse la note suivante. Le dernier cahier du Journal complémentaire (14 juillet 1824) contient une observation très-curieuse, qui a pour titre : *Asthme produit par la désorganisation des muscles dilatateurs de la glotte, avec des considérations physiologiques sur cette dernière et ses principales maladies*. Le sujet de cette observation entra à l'hôpital Cochin pour y être traité des suites d'une soi-disant fièvre putride, dont il avait été guéri à la Maison de santé. Après deux jours de séjour dans cet hôpital, ce malade, qui avait offert divers symptômes d'une affection obscure des voies respiratoires, périt au milieu des angoisses de la suffocation, sans qu'il fût possible au médecin d'en connaître la cause. A l'ouverture du cadavre, on trouva un abcès à la partie postérieure du larynx, une désorganisation des muscles

crico-arythénoïdiens, des cartilages arythénoïdes, et du tissu cellulaire environnant, etc., etc.

Il est fâcheux que l'auteur ait donné à cette observation le titre d'asthme. L'asthme, en effet, est un état morbide, une maladie, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, qui a un cours déterminé, des accès réglés; or, deux jours de séjour dans un hôpital sont insuffisans pour établir le diagnostic d'une pareille affection; et l'auteur, qui ne se montre pas très-indulgent envers son confrère de la Maison de santé, aurait dû se mettre à l'abri de toute critique en donnant à son observation un titre qui viole si ouvertement les règles du diagnostic.

Le nom de phthisie laryngée, qu'il avait d'abord imposé à cette maladie, lui fournit l'occasion de faire le procès à cette dénomination qu'il trouve vague et insignifiante; et il soutient que dans ces phthisies dites laryngées, la mort n'est pas la suite des altérations organiques du larynx, de la consomption et de la fièvre qui les accompagnent, mais d'une occlusion de la glotte, résultat du défaut d'action de ses muscles dilatateurs. Il faut convenir que cette explication est un peu subtile, et que c'est placer la cause de la mort dans un mécanisme bien difficile à constater, tandis qu'on l'explique si naturellement dans l'ancienne théorie. Il faut que l'auteur ait une manière bien particulière de raisonner en physiologie et en pathologie, pour ne pas concevoir comment une ulcération du larynx, une désorganisation de sa membrane muqueuse, une carie de ses cartilages, etc., amènent une fièvre et une consomption mortelles. Ainsi ce fait, fort intéressant d'ailleurs, ne peut être considéré comme un exemple d'*asthme*, état morbide réel, quelles qu'en soient la nature et la cause; il ne peut pas non plus être mis en parallèle avec la phthisie laryngée, qui est, quoi qu'en dise l'auteur, un état morbide capable certainement de produire la mort sans le concours de la paralysie ou de la désorganisation des muscles dilatateurs de la glotte. Terminons ces remarques en faisant observer qu'il existe aujourd'hui dans des écrits assez nombreux, une sorte de vertige destructeur qui tend manifestement à renverser l'édifice élevé par les faits antérieurs, à l'aide des faits nouveaux; marche funeste que blâment, avec raison, les étrangers, et contre laquelle les médecins sages et expérimentés ne peuvent trop s'élever; ils doivent crier sans cesse à leurs jeunes confrères: ajoutez une pierre à la pyramide du grand Bâcon, mais ne détruisez pas la base élevée par vos prédécesseurs: autrement il n'y aura plus d'édifice, et vous vous perdrez parmi les décombres.

*Antidote de l'acide hydrocyanique.* — Le docteur Jhon Murray a publié dans le Numéro XIII *du Philos. journ. Edimburgh*, un antidote contre l'empoisonnement par cet acide. Cet antidote est l'ammoniaque caustique. Ce médecin dit avoir observé plusieurs fois que l'usage de cet alcali, à la dose de quelques gouttes, calmait et même faisait passer totalement le mal de tête cruel dont sont attaqués ceux qui travaillent dans les laboratoires à la fabrication de l'acide hydrocyanique. M. Murray

ayant donné une très-petite quantité d'acide hydrocyanique à des grenouilles, leur frotta la tête avec une ou deux gouttes d'ammoniaque au moment où elles allaient expirer, elles se rétablirent totalement; il vit aussi un jeune lapin réduit à l'agonie par l'administration de cet acide, renaître promptement à la vie par la seule introduction, dans la bouche, d'une éponge empreinte de cette liqueur.

Il paraîtrait, d'après cela, que l'hydrocyanate d'ammoniaque ne partage point les propriétés vénéneuses de l'acide hydrocyanique. L'observation suivante vient à l'appui de cette opinion. On fit prendre à un lapin une dose assez forte de ce sel, sans que l'animal en éprouvât le moindre dérangement. Une autre expérience fut tentée sur un troisième lapin, auquel on fit avaler une demi-dragme de cet acide; les effets furent très-prompts; mais dès qu'on lui eut introduit quelques gouttes d'ammoniaque liquide dans la bouche, et ensuite une éponge imbibée de cette liqueur, l'animal qui était presque dans un état d'asphyxie, reprit peu-à-peu ses forces, et il ne lui resta qu'une excoriation aux endroits qu'avaient touchés l'alcali.

Le docteur Murray, convaincu de cette propriété de l'acide hydrocyanique, en prit une suffisante quantité pour produire un étourdissement et une douleur de tête assez intense, et ayant respiré de l'ammoniaque bien étendue d'eau, et s'en étant mouillé le front, il sentit disparaître aussitôt ces deux incommodités. Il regarde enfin cet alcali comme un antidote si assuré de l'acide hydrocyanique, qu'il n'hésiterait pas; dit-il, d'en avaler une dose suffisante pour lui donner la mort, s'il trouvait une personne sur laquelle il pût compter pour lui administrer, au moment favorable, la dose nécessaire de ce précieux antidote.

L'ammoniaque est-elle la seule substance alcaline qui, en s'unissant avec cet acide, en neutralise les effets? Nous sommes portés à adopter une opinion contraire, d'après l'observation que nous avons donnée dans notre mémoire sur *la présence de l'hydrocyanate de fer dans les urines* (*Archives-générales de Médecine*, mai 1813), dans lequel nous avons annoncé qu'un chimiste distingué, M. Darcet, avait avalé par méprise plus de demi-livre d'une dissolution *d'hydrocyanate de potasse et de fer préparée pour réactif*, sans en avoir éprouvé la moindre incommodité, quoiqu'il n'eût opposé à l'action de ce sel triple d'autre antidote que quelques verres d'eau. Il est donc naturel de penser que toutes les substances alcalines pourraient bien être des antidotes assurés de ce puissant venin. Il est à désirer que des expériences nouvelles viennent fixer l'opinion des médecins. J. F.

*Eaux minérales.* — M. Mercanton, professeur suppléant de chimie et de minéralogie à l'Académie de Lausanne, vient d'analyser des eaux minérales qui se trouvent à Gex, canton de Vaud. Ces eaux sont sulfureuses: les premières, qui proviennent de la *Source des îles*, et qui étaient négligées depuis long-temps, contiennent: sulfate de chaux 905; sulfate de magnésie 199; sulfate de soude 103, 5; carbonate de chaux 162;

des traces de carbonate de magnésie; muriate de magnésie 3; muriate de soude 18; hydrogène sulfuré 16, 66; acide carbonique 73, 40; en outre une substance analogue à celle trouvée dernièrement par M. Longchamp dans les eaux de Barrèges. Les secondes, qui proviennent de la *Source des mines*, contiennent : sulfate de chaux 20; sulfate de soude 492; carbonate de chaux 252; quelques traces de carbonate de magnésie; muriate de soude 23, 15; hydrogène sulfuré 54; acide carbonique 52. On voit que ces dernières sont plus riches en sel de soude et en hydrogène sulfuré. Ce sont celles qui sont préférablement employées en boisson. Ces eaux, qui peuvent être prescrites dans le traitement des maladies cutanées, des engorgemens chroniques des viscères de l'abdomen, sont amenées dans une maison de bain nouvellement créée. Cet établissement réunit, à toutes les commodités nécessaires aux personnes malades, tous les charmes de la vie sociale.

*Sur la nature du fluide contenu dans l'allantoïde des oiseaux.* — Cette note est extraite d'une lettre adressée par M. Jacobson à M. de Blainville, en date du 10 août 1822, et imprimée dans le Journal de physique pour le mois de novembre de l'année 1822. — Tous les chimistes s'accordent à regarder le fluide de l'allantoïde comme analogue à l'urine; mais l'urine du fœtus des mammifères ne contient aucune substance qui lui serait tout-à-fait particulière, et qui pourrait évidemment prouver que c'est de l'urine; de manière que l'on peut encore mettre en doute ce que Dzondi, Dulong, Labillardière et Lassaigne ont assuré. En examinant le fluide contenu dans l'allantoïde des oiseaux, M. Jacobson a trouvé une preuve plus satisfaisante en faveur de l'opinion générale. Les reins se développent dans l'embryon des oiseaux, comme on sait, de très-bonne heure, et ils sont, proportionnellement au reste du corps, beaucoup plus grands que dans l'adulte. L'allantoïde apparaît aussitôt que ces reins sont formés dans le premier tiers de l'incubation. Elle contient un fluide clair et limpide; puis ce fluide devient plus jaunâtre et visqueux; il s'y forme des flocons et des concrétions blanchâtres. Ce fluide contient de l'acide urique, et ces concrétions en sont presque entièrement formées. Voilà une analogie bien plus marquée avec l'urine de l'animal adulte, que celle que l'examen du fluide de l'allantoïde des mammifères a offerte. La quantité de ces concrétions augmente beaucoup vers la fin de l'incubation. La plus grande partie du fluide est absorbée, et dans les derniers jours de celle-ci, on ne trouve dans l'allantoïde qu'un fluide visqueux et épais, contenant de l'albumine en grande quantité, et les concrétions provenant de l'acide urique.

— Nous recevons d'un M. Latouche une circulaire imprimée, dans laquelle on vante des *ceintures anti-rhumatismales*, qui, assure l'auteur, « ont reçu l'approbation de l'Académie Royale de Médecine, dans sa séance du 20 avril 1824. » Ce genre de charlatanisme n'est pas nouveau; nous voyons tous les jours de pareilles annonces dans les

journaux politiques. L'académie se contente peut-être trop souvent de dire, dans ses rapports sur les remèdes secrets ou autres, qu'ils ne contiennent que des substances connues et innocentes. Les auteurs de ces remèdes concluent de là à une approbation ; ce qui n'arriverait pas si on les déclarait inutiles ou dangereux.

# BIBLIOGRAPHIE.

*Anatomie des vers intestinaux, ascaride, lombricoïde et échinorhynque géant ; mémoire couronné par l'Académie des sciences, qui en avait mis le sujet au concours pour l'an* 1818 ; *avec huit planches ; par* J. Cloquet.

Si l'on voulait donner ce qu'il y a d'intéressant dans cet ouvrage remarquable, il faudrait le transcrire tout entier, car il ne contient que des faits, et des faits dont la description ne peut être abrégée sans être rendue obscure ; je serai donc forcé de me borner à quelques-uns des points les plus curieux pris çà et là dans chacun des paragraphes. Depuis Linnée, un grand nombre d'auteurs se sont efforcés de résoudre les questions relatives aux différences sexuelles des vers ascarides, sans avoir pu dissiper complètement la confusion qui règne encore à cet égard dans l'esprit des naturalistes. Ainsi Tyson disait déjà, en 1683, avoir vu le mâle et la femelle bien distincts, et que le premier était plus petit que la seconde. Redi dit depuis que cet entozoaire était hermaphrodite, et quand il rencontrait des mâles il les rapportait à une espèce différente. Vallisnieri, dans ses recherches, n'ayant examiné que des individus du même sexe (le sexe femelle), partagea l'opinion de Redi. Enfin Rudolphi et M. de Blainville paraissent n'avoir observé que rarement les individus mâles ; d'où on était naturellement porté à conclure qu'ils étaient très-rares ; de sorte qu'il fallait à la science l'ouvrage de M. J. Cloquet pour mettre ce point hors de contestation, et je crois qu'il a parfaitement réussi. Sur 336 lombrics qu'il a examinés, il y avait 74 individus mâles ; ce qui le porte à croire qu'en général le nombre de ces derniers est aux femelles comme un est à 4. Il affirme aussi, comme l'avait annoncé Tyson, que les femelles sont toujours plus volumineuses que les mâles ; pour le premier sexe, le plus long sujet qu'il ait rencontré avait 14 pouces de longueur, tandis que dans le second il n'en n'avait que 9. D'après lui, les deux sexes des lombrics ont des caractères si tranchans, même à l'extérieur, qu'on a lieu d'être étonné que les helminthologues soient restés si peu d'accord sur un point si facile à éclaircir. Si l'on pénètre dans l'intérieur de ces vers, l'étonnement augmente encore, car la femelle présente bien distinctement tous les organes sexuels qu'on trouve dans les

animaux plus élevés. Ainsi il est facile d'y remarquer une vulve ou ouverture extérieure qui conduit dans le vagin, lequel se renfle en s'éloignant de la peau pour former la matrice, qui se bifurque et produit deux longues cornes. Ces cornes elles-mêmes deviennent grêles et se terminent enfin par des filamens déliés et très-longs qui s'intercallent autour de l'intestin en formant un grand nombre de circonvolutions : c'est ce qui constitue l'ovaire. Les organes du mâle au contraire se composent d'un pénis qui sort par la partie antérieure de l'anus, et que M. Laennec pense être formé de deux petits crochets transparens, mais qui a toujours été rencontré simple par M. Cloquet.

Ce pénis se continue par sa base avec une vésicule ou réservoir séminal ; ce second organe, grêle à son origine, grossit graduellement en remontant dans le ventre sous l'intestin qu'il soulève, de manière à se terminer par une extrémité renflée, du centre de laquelle naît le tube séminifère flexueux et replié un grand nombre de fois sur lui-même. Ce tube sécréteur de la semence, ou testicule, a, d'après M. Cloquet, de deux à trois pieds de longueur, et ne se termine pas par une extrémité flottante, comme l'avait cru M. Laennec, mais bien par une espèce de nœud qui se fixe au milieu d'un tissu spongieux vers le milieu du ventre, dans la région dorsale où il adhère assez fortement aux vaisseaux nourriciers, etc. On voit en effet, par ce petit nombre de remarques, combien ces deux sexes sont différens l'un de l'autre, et combien il est facile de ne pas les confondre.

Un autre point fort obscur de l'anatomie des vers, et que M. Cloquet a encore complètement éclairé, c'est la disposition des renflemens de la bouche. Il a démontré, par exemple, contre l'avis de M. de Blainville, que de ces trois tubercules, l'un est supérieur et les deux autres inférieurs, etc. Du reste, il passe ainsi en revue successivement, toutes les particularités de forme et d'organisation qui leur appartiennent, et il n'en est aucune qu'il n'ait rendue plus claire ou positivement démontrée. Entre autres organes, les muscles ont beaucoup exercé son adresse et son esprit. Il prouve en les décrivant, que jusqu'à lui les anatomistes n'en avaient pas une idée bien exacte. Ainsi M. Rudolphi avait seul vu les fibres circulaires qu'il croyait interrompues en quatre endroits, ce qui paraît être dû à ce qu'il a pris pour muscles ce qui appartient à d'autres tissus, et particulièrement les bandelettes longitudinales du ventre et du dos qui, suivant MM. Cloquet, Laennec, Otto, Lamarck, Cuvier, etc., sont des cordons avec renflement nerveux naissant d'un cercle anastomotique autour de la bouche.

Parmi les organes digestifs des ascarides, les observations les plus curieuses de M. Cloquet se rattachent à des appendices extrêmement remarquables qu'il a découvertes dans le ventre. Il y en a plusieurs milliers flottant dans la sérosité de cette cavité, qui sortent perpendiculairement des canaux qu'il appelle conduits nourriciers, et qui viennent eux-mêmes de l'estomac. Ces organes, sur lesquels les naturalistes se taisent, parais-

sent très-importans pour l'assimilation, et ne peuvent manquer de piquer vivement la curiosité des savans.

Enfin, le point sur lequel l'Académie avait particulièrement recommandé d'insister, c'était l'existence ou la non-existence des systèmes nerveux et vasculaire dans les deux genres d'helminthes si bien décrits par M. Cloquet. J'ai déjà dit qu'avec plusieurs auteurs respectables, il regardait comme démontrée, contre l'opinion de M. Rudolphi, etc., la nature nerveuse des cordons dorsal et abdominal de ces animaux, et que, par conséquent, il a résolu cette partie de la question par l'affirmative. Quant aux vaisseaux, on sait que les ascarides lombricoïdes, en outre des deux cordons précédens, en présentent deux autres sur les côtés du corps, qu'on voit très-distinctement d'un bout jusqu'à l'autre, même à travers la peau. Ces organes, qui paraissent formés de plusieurs fils de même longueur, mais de forme différente, semblent à M. Cloquet, ainsi qu'à Werner, à MM. Laennec, de Blainville, etc., être de véritables vaisseaux qui forment ici un système vasculaire complet, tandis que M. Rudolphi, qui a pourtant fait un si grand nombre de recherches sur cet objet, pense que ce sont encore des fibres musculaires longitudinales. Quoique M. Cloquet regarde comme certain que ce sont là les organes de la circulation, il convient néanmoins que, par aucun procédé, il n'a pu les injecter ni en démontrer la cavité, ce qui le force presque d'admettre que les fluides circulent dans ces tubes par une espèce d'imbibition vitale.

Je crois que, malgré tous les efforts de notre auteur pour éclaircir ces deux parties de la question proposée, elle est loin d'être parfaitement résolue; du moins je ne pense pas que, d'après les expériences et les raisons sur lesquelles s'appuient les auteurs qui partagent son opinion, on puisse regarder comme incontestable la nature nerveuse et vasculaire des quatre cordons sus-indiqués. Il me semble que ce sujet a besoin encore de nouvelles recherches.

Les expériences qu'il a tentées pour s'assurer si les vers intestinaux jouissaient de la faculté de respirer, ayant laissé cette question indécise, je pense qu'il est inutile d'en parler.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Cloquet traite de l'*echinorhynchus gigas* de Goeze. Il rapporte de nombreux faits propres à en éclairer l'histoire, jusque-là fort embrouillée; il démontre sur-tout les grandes différences qui existent entre cette espèce et la précédente. En effet, dans l'échinorhynque géant il n'y a point d'appareil digestif ni de nerf qu'on puisse apprécier. Les organes de la reproduction dans les deux sexes ont aussi des caractères très-éloignés de ceux des lombrics; enfin, dans presque tous les points de leur organisation, ces êtres offrent des dissemblances très-prononcées. VELPEAU.

*De l'influence des agens physiques sur la vie ; par* W. F. Edwards, *D.-M., membre de l'Académie royale de médecine. Un fort vol. in-8.° avec une planche. Prix, 8 fr., et 9 fr. 50 cent. par la poste. A Paris, chez Crochard, cloître Saint-Benoît, N.° 16. 1824.*

Chaque être vivant est, en quelque sorte, l'enfant du climat sous lequel il se développe; et, quoique ses actions ainsi que tous les phénomènes qu'il présente soient essentiellement liés à son organisation, cependant l'étude de cette dernière ne nous fournirait que des connaissances incomplètes, si nous n'y réunissions pas celle des agens excitans qui la mettent en jeu. L'organisation isolée des forces extérieures qui l'animent est une machine sans moteur; l'ouvrage que nous annonçons a pour but de nous faire connaître celui-ci, c'est-à-dire, de nous dévoiler toutes les circonstances physiques qui non-seulement déterminent et règlent le mode d'exercice de nos fonctions, mais encore qui les éveillent d'une manière si nécessaire, que, sans elles, tout serait frappé de mort et de nullité.

L'influence des agens physiques sur la vie n'est point semblable à ces actions fugitives et accidentelles qui, pouvant ne pas exister, n'entrent dans l'exécution de certains phénomènes que comme de simples causes de modifications; cette influence, au contraire, a toute l'importance d'une force créatrice; c'est elle qui constitue la vie de l'organisation; c'est aux variations d'intensité qu'elle peut présenter dans ses différens élémens, qu'on doit rapporter les différens degrés d'activité de chacune de nos fonctions : augmenter nos connaissances sur ses rapports avec notre existence, c'est donc rapprocher la cause de l'effet, et préparer ainsi les matériaux qui devront servir à l'établissement d'une véritable doctrine philosophique de la santé et des maladies.

Les travaux de M. Edwards sont de ceux dont les résultats survivront à toutes les révolutions scientifiques qui voient périodiquement naître et tomber les théories éphémères que chaque époque enfante. Tous les systèmes, toutes les doctrines s'en empareront tour-à-tour, parce qu'ils n'ont été trouvés sous l'influence d'aucune idée préconçue, et que l'auteur, en se livrant à de telles recherches, a toujours su se maintenir dans cette heureuse disposition d'esprit qui nous rend indifférens au genre de vérités que nous allons découvrir, pourvu que nous soyons sûrs qu'elles sont bien des vérités.

La logique et l'esprit d'induction qui ont dirigé M. E. sont tels, qu'il a toujours exposé fidèlement les faits sans les altérer par des interprétations inexactes. Le plus bel éloge que nous puissions faire de son ouvrage, est de dire, d'après notre conviction intime, que les faits nouveaux qu'on pourra découvrir seront le complément et non la critique de ce travail.

Le peu d'espace qui nous est accordé pour annoncer de telles recher-

cherches, qui d'ailleurs devront être bientôt connues de tous ceux pour lesquels l'étude de la vie a des attraits, et la difficulté d'analyser brièvement un traité volumineux qui ne se compose que de faits, nous dispensent d'entrer dans des détails qui ne pourraient jamais donner une idée juste des applications précieuses que la physiologie et la médecine en recevront. Nous pouvons seulement annoncer aux physiologistes qu'ils y trouveront des résultats tout-à-fait opposés à ceux auxquels ils se seraient attendus, d'après ce sentiment intérieur qui nous suggère toujours une opinion anticipée sur les points que nous n'avons pu examiner encore avec le soin nécessaire pour en avoir une connaissance approfondie. Si nous réfléchissons combien nous nous dirigeons souvent, même en médecine, d'après des notions instinctives, seulement fondées sur des aperçus sans base, nous ne pourrons que savoir gré à M. E. d'avoir enfin remplacé des idées hypothétiques par des connaissances positives. Les agens qui font partie de l'économie animale sont si délicats, que chaque observateur, interrogeant l'organisation, la fait parler à sa manière : c'est pourquoi la physiologie expérimentale doit être considérée comme la plus difficile de toutes les méthodes, celle qui offre le plus de chances d'erreur. En effet, l'expérience nous prouve que tous ceux qui se sont servis d'un tel moyen d'investigation, ont été en opposition les uns avec les autres. M. Edwards, en publiant le tableau détaillé de ses expériences, s'est dégagé de toute responsabilité; il a mis les pièces du procès sous les yeux des juges; il s'est borné au simple rôle de rapporteur : nous doutons qu'on l'accuse jamais d'inexactitude ou d'infidélité. E. M. Bailly.

---

*Report on Friendly or benefit societies*, etc. ; c'est-à-dire, *Rapport sur les Sociétés de Secours mutuels, montrant la loi de la fréquence ou de la durée des maladies déduite des secours que ces sociétés distribuent dans diverses parties de l'Ecosse, etc., etc.* (In-8.°, 288 p. Edimbourg, 1824.)

Après les ouvriers, que l'impossibilité momentanée de travailler pourrait réduire à la misère, et en faveur desquels il a été composé, ceux que cet ouvrage intéresse le plus sont peut-être les médecins. Il a été rédigé par un comité d'une société (*the highland Society of Scotland*), que je compare à la Société philanthropique de Paris, et c'est, tel qu'il est, l'un des meilleurs qu'ait produit l'esprit d'association et l'amour des hommes, même chez nos voisins d'outre-mer. On y expose d'abord les résultats de recherches faites dans diverses parties de l'Écosse; puis, à l'aide de ces résultats qui ont été fournis par l'observation, pendant des périodes de 3, de 10, de 20, de 30, de 40 et de 50 années consécutives, de plus de soixante-dix sociétés de secours mutuels, on tâche de mettre à

même tout calculateur d'établir sur des bases aussi justes, aussi certaines qu'il est possible, de nouvelles sociétés d'assurance mutuelle contre la maladie, entre tous ceux qui sont exposés aux mêmes chances, ou à-peu-près, de perdre la santé. Parmi les résultats dont il s'agit, et qui sont les plus importans pour nous, je citerai ceux-ci : « La durée du temps pendant lequel chaque individu est, pour cause de maladie, dans l'impossibilité de travailler, augmente graduellement avec l'âge. Elle s'accroît, terme moyen, depuis 20 ans jusqu'à 40 ans, d'environ la dixième partie d'une semaine tous les dix ans. Mais depuis l'âge de 40 ans jusqu'à celui de 50, elle est d'un peu plus d'une semaine chaque année. De 50 à 60 ans, elle devient de près de deux semaines, et de 60 ans à 70 elle augmente tellement, qu'elle est alors, par chaque année, de près de six semaines. Enfin, la durée totale moyenne du temps qu'un individu est malade pendant les cinquante années consécutives qui se trouvent comprises dans l'intervalle de 20 ans à 70, est de près de deux années. » Le tableau suivant offre, d'après les secours distribués par les sociétés d'assurance mutuelle entre les artisans mâles de diverses professions, la durée moyenne annuelle du temps qu'un individu est malade, depuis l'âge de 20 ans jusqu'à celui de 70. Cette durée est exprimée en semaines et millièmes de semaine.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A 21 ans, | 0,575 | A 38 ans, | 0,718 | A 55 ans, | 1,821 |
| 22 | 0,576 | 39 | 0,737 | 56 | 1,918 |
| 23 | 0,578 | 40 | 0,758 | 57 | 2,018 |
| 24 | 0,581 | 41 | 0,784 | 58 | 2,122 |
| 25 | 0,585 | 42 | 0,814 | 59 | 2,230 |
| 26 | 0,590 | 43 | 0,852 | 60 | 2,346 |
| 27 | 0,596 | 44 | 0,902 | 61 | 2,500 |
| 28 | 0,603 | 45 | 0,962 | 62 | 2,736 |
| 29 | 0,611 | 46 | 1,032 | 63 | 3,100 |
| 30 | 0,621 | 47 | 1,108 | 64 | 3,700 |
| 31 | 0,631 | 48 | 1,186 | 65 | 4,400 |
| 32 | 0,641 | 49 | 1,272 | 66 | 5,400 |
| 33 | 0,652 | 50 | 1,361 | 67 | 6,600 |
| 34 | 0,663 | 51 | 1,451 | 68 | 7,900 |
| 35 | 0,675 | 52 | 1,541 | 69 | 9,300 |
| 36 | 0,688 | 53 | 1,633 | 70 | 10,701 |
| 37 | 0,702 | 54 | 1,726 | | |
| | | Total............... | | | 98,187 |

Le comité, aux recherches duquel est dû ce tableau, pense qu'au-dessous de 20 ans, la durée moyenne annuelle des maladies doit être estimée $\frac{380}{1000}$ de semaine, et, au-dessus de 70 ans, toujours pour les ouvriers, $16,\frac{542}{1000}$ semaines. Selon lui encore, sur dix semaines de maladie, il faut en compter 3 des personnes qui n'ont pas 70 ans d'âge, pour les mala-

dies chroniques ou prolongées, et des 7 autres semaines il y en a deux pendant lesquelles les malades ne peuvent quitter le lit. Une autre conséquence des mêmes recherches, qui coïncide avec les observations sur la mortalité comparative dans les villes et dans les campagnes, c'est que l'on est en général moins souvent ou moins long-temps malade dans les dernières que dans les premières, jusqu'à l'âge de 70 ans, mais que passé cet âge, c'est tout le contraire. Les raisons qu'on en a données pour la mortalité, s'appliquent parfaitement aux maladies.

De pareils résultats sont fort curieux, mais ce n'est qu'avec beaucoup de réserve qu'on doit faire servir les premiers à l'estimation générale de la durée des maladies ; car c'est seulement en Écosse qu'ils ont été observés, et ils n'ont d'ailleurs été fournis que par des personnes de bonne constitution, du sexe mâle, et parvenues au moins à l'époque de la vie qui suit la puberté. Le comité qui les a recueillis aurait dû aussi établir d'autres catégories entre les artisans que celles de l'âge, ou de l'habitation à la ville et à la campagne ; car, bien certainement, les chances de santé ne sont pas, à beaucoup près, toutes choses étant d'ailleurs égales, les mêmes pour l'ouvrier qui gagne de bons salaires, et pour celui qui ne peut jamais prétendre qu'à de faibles journées ; pour l'ouvrier dont le métier se fait en plein air, et pour celui qui travaille dans des chambres ou des ateliers clos et humides ; pour l'ouvrier qui exerce également tous ses membres, et pour celui qui reste continuellement assis ; pour l'ouvrier exposé à des vapeurs pernicieuses ou à des poussières irritantes, et pour celui qui respire un air bien pur ; pour l'ouvrier qui, par la continuité de ses occupations ordinaires, ou autrement, acquiert des habitudes d'intempérance, et pour celui qui ne s'écarte point des règles de l'hygiène, etc., etc. Combinez maintenant entre elles ces conditions, et vous verrez combien, à part l'âge, doivent être différentes les chances de santé et de vie pour les diverses classes d'artisans, et que, conséquemment, la moyenne durée des maladies fournies par toutes les professions ensemble ne saurait s'appliquer aux extrêmes. Et afin d'offrir tout de suite des preuves de ce que je viens d'annoncer, je dirai que les chiffonniers, les tondeurs de peaux de lapins, les cardeurs de matelas et de couvertures, périssent presque tous, jeunes encore, d'une inflammation du poumon ou de phthisie pulmonaire ; que les étameurs de glaces et ceux qui dorent les meubles sont fréquemment malades et dans la nécessité d'interrompre long-temps l'exercice de leur métier ; que j'ai vu partout les cordonniers, qui se déforment la poitrine en s'enfonçant la partie inférieure du sternum, être beaucoup plus souvent malades que la plupart des autres ouvriers, sur-tout quand, parvenus à l'âge de 40 ans, ils exercent sans interruption le même état depuis leur adolescence, etc., etc. Enfin, l'on assure, mais cela paraît très-exagéré et ne doit plus être aujourd'hui, qu'il périt annuellement en Angleterre un ouvrier sur trois, dans les manufactures de céruse. (Voy. *Principes d'hygiène*, extraits du *Code de santé* de John Sinclair, par le professeur Odier, page 122 de la première édition.)

S'il y a d'énormes différences sous le rapport de la santé don't ils jouissent, entre beaucoup de classes d'artisans, il n'y en a pas moins quelquefois entre les ouvriers d'une même manufacture. Ainsi, dans les manufactures de draps, laver la laine et la battre avec des baguettes, l'éplucher à la main, la carder, la drousser ou l'engraisser avec de l'huile, la filer, ourdir les fils et les encoller, les tisser, énouer ou épincer les draps, les fouler, les lainer, les tondre, les liter, etc., sont autant d'opérations faites par des ouvriers différens, et dont les unes sont nuisibles à la santé, tandis que les autres n'exercent sur elle aucune influence fâcheuse. Je pourrais rapporter ici un bien plus grand nombre de faits analogues, mais je dois m'arrêter. Qu'il me soit permis cependant d'ajouter qu'il résulte des recherches dues à M. Masson, secrétaire du Bureau central d'admission dans les hospices et hôpitaux de Paris, que certains ouvriers meurent, lorsqu'ils sont une fois malades, dans une proportion beaucoup plus forte que ceux de la plupart des professions, et les autres dans une proportion beaucoup plus faible. Ainsi, en 1807, seule année pour laquelle les recherches dont il s'agit aient été faites, il y a eu 190 décès sur 1617 couturières malades admises dans les hôpitaux de cette ville; 70 sur 540 tailleurs d'habits; 105 sur 807 cordonniers, le même nombre sur 569 revendeurs ou revendeuses, 91 sur 403 gagne-deniers; et jusqu'à 43 sur 130 portiers ou portières, tandis qu'on n'a compté que 40 morts sur 435 boulangers, 34 sur 374 brodeuses, 100 sur 2,159 militaires, et 5 seulement sur 244 ouvriers qui travaillaient à un canal.

Les faits que je viens de citer suffisent pour établir ma thèse, et doivent faire regretter qu'on n'ait encore, sur le sujet que je touche ici, que des aperçus généraux qui manquent de précision. Néanmoins ces faits démontrent la nécessité d'étudier avec soin l'action de beaucoup de professions sur la santé de ceux qui les exercent, et combien peu sont applicables à quelques classes d'artisans, les résultats moyens consignés dans le tableau par âges, de la durée des maladies, que j'ai copié dans cet article.

Je ne m'étendrai pas davantage au sujet de l'ouvrage dont je rends compte. Je prie, en terminant, les auteurs de ne point regarder mes réflexions (que je livre à leurs méditations, et en particulier à celles de M. Oliphant), comme dictées par un esprit de critique maligne, mais bien par le désir que j'ai de voir leurs utiles travaux s'étendre, et donner un jour les élémens de la solution de toutes les parties du grand problème qu'ils ont abordé: celui si important de la santé des classes ouvrières. Ils l'ont déjà réduit, ce qu'on n'avait pas fait, à son expression la plus générale, et c'était là le plus difficile de leur tâche. Quant aux autres points qu'ils traitent, c'est-à-dire, ce qui est relatif aux réglemens des sociétés de secours mutuels, à leurs revenus, aux sources probables de leur extension et de leur prospérité future, à la proportion qui doit exister entre les contributions des membres, d'une part, et d'autre part, les secours que ceux-ci retirent, aux circonstances qui font varier cette

proportion, etc., je les passe sous silence : ce sont des choses étrangères à la médecine. VILLERMÉ.

---

*De l'Inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés, maladie désignée par les auteurs sous les différens noms d'éléphantiasis des Arabes, d'œdème dur, de hernie charnue, de maladie glandulaire des Barbades, etc., etc.; avec quatre planches représentant ses diverses formes; par M.* ALARD, *chevalier de la Légion-d'honneur, membre-titulaire de l'Académie royale de Médecine, médecin de la Maison royale de St.-Denis, etc. (Nouv. édit.)*

L'ouvrage de M. Alard se compose d'une introduction et de douze chapitres. 1.° Dans l'introduction, l'auteur propose des considérations générales sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des vaisseaux absorbans, qu'il divise en absorbans artériels, veineux et lymphatiques. Dans cette partie de l'ouvrage, M. Alard, revenant à ses idées favorites, examine le rôle que jouent les absorbans dans les maladies, et vengeant ces organes de l'injuste oubli où les avaient laissés les divers auteurs de systèmes de médecine, M. Allard essaie de prouver qu'ils sont le siége de toutes les *fièvres* dites *essentielles*, du phlegmon, de la péripneumonie, de l'apoplexie, de l'hémoptysie, du scorbut, du mœléna, de la maladie tachetée-hémorrhagique, des engorgemens glandulaires, des indurations blanches, etc.; maladies dont les unes sont propres aux absorbans artériels, les autres aux absorbans veineux, et les dernières aux absorbans lymphatiques *irrités*. Enfin, après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur les diverses maladies où le système des absorbans lymphatiques semble entrer pour principal élément, M. Alard aborde l'histoire de l'éléphantiasis des Arabes, qu'il regarde comme une inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés. 2.° Dans les douze chapitres consacrés à l'étude de cette maladie, M. Alard, après avoir rapporté onze observations particulières, se livre à des recherches historiques sur la maladie qui fait le sujet de son ouvrage, prouve qu'elle a été décrite par Rhazès sous le nom d'éléphantiasis des Arabes; qu'elle règne en Asie sous le nom de *périeal*, *d'andrum*; qu'en Afrique, elle a été observée par Prosper Alpin et par MM. Ceriseles, Savaresi, Frank et Larrey; qu'elle se développe endémiquement et épidémiquement dans l'île de Barbade, où l'ont observée Charles Town, William Hillary et James Hendy; qu'elle se montre sporadiquement, peut-être épidémiquement, et même endémiquement en Europe, où elle reçut du docteur Hendy le nom de maladie glandulaire. L'auteur, après ces recherches en quelque sorte préliminaires, passe à la description générale de sa maladie. Dans le chapitre VII, il expose les symptômes de l'éléphantiasis, c'est-à-dire, suivant lui, de l'inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés; il en

signale les complications avec l'hydropisie, l'œdème, la lèpre, l'yaws, etc.; et démontre qu'elle n'est ni contagieuse ni héréditaire. Dans le chapitre VIII, il indique les motifs d'après lesquels il place le siége de la maladie en question dans les vaisseaux lymphatiques, et il s'efforce de prouver contre le docteur Hendy qu'elle affecte ces vaisseaux exclusivement et non les glandes lymphatiques. Dans le chapitre IX, il expose quelques considérations sur les fluides contenus dans les tumeurs que produit la maladie. Il consacre le X.$^{eme}$ à l'examen de l'analogie qui existe entre celle-ci et d'autres maladies dont elle a été séparée, telles que les engorgemens laiteux, la phlegmasie dolente des femmes en couche, qui, suivant lui, est dans tous les cas une inflammation des vaisseaux lymphatiques; telles que le rhumatisme, la goutte et les tumeurs blanches. Il présente ensuite les caractères qui la distinguent d'autres maladies avec lesquelles elle a été confondue, telles que l'érysipèle, les varices, le pédarthrocace, le sarcocèle, etc. Il examine dans le chapitre XI les causes générales et particulières de la maladie, et range parmi ces dernières la susceptibilité sympathique, susceptibilité à laquelle il attribue l'œdème des femmes en couche et l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés. Enfin, le XII.$^{eme}$ et dernier chapitre offre l'exposition des divers moyens qui ont été ou qui doivent être employés contre la maladie. Le traitement antiphlogistique est celui que conseille M. Alard, et cela se conçoit très-bien puisqu'il regarde la maladie comme de nature inflammatoire. Il pense que les sangsues sont plus convenables que les saignées générales, dont les médecins de l'île de Barbade ont signalé les dangers.

L'ouvrage, dont nous venons de présenter une analyse succincte, ne mériterait que des éloges, si son auteur n'en avait consacré une partie considérable à l'exposition d'idées et de théories purement spéculatives et systématiques; s'il n'avait presque entièrement négligé les importantes recherches qui ont été faites sur l'absorption et sur les organes de cette fonction, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique, depuis la première édition de son ouvrage, et s'il ne s'était abandonné à des rapprochemens qui, pour être très-ingénieux, n'en sont pas moins forcés et même hypothétiques. Au reste, la partie systématique annonce dans M. Alard une imagination si riche et si féconde, un esprit si vif et si pénétrant, qu'il serait difficile de ne pas lui pardonner les brillantes erreurs dont elle est remplie. Mais on doit être plus sévère pour ce qui concerne l'oubli des travaux postérieurs à la première publication de son ouvrage. Il importait essentiellement d'en tenir compte; car ils tendent à démontrer, si même ils ne démontrent pas entièrement, que dans plusieurs des cas rapportés par M. Alard, le siége de la maladie était moins dans le système lymphatique que dans le système veineux; et ce que nous avançons ici n'est pas une opinion purement théorique, mais une idée qui repose sur l'observation et sur des faits nombreux. En effet, l'œdème des femmes en couche, la *phlegmasie dolente* d'après les

observations de MM. Chaussier, Meckel, David Davis, en Angleterre; d'après celles récemment lues à l'Académie de Médecine par M. Velpeau, coïncide constamment avec une lésion du système veineux des membres œdémateux; lésion qui paraît jouer le rôle principal dans cette maladie; lésion que l'autopsie cadavérique a cent fois constatée, et dont M. Alard ne fait aucune mention; tandis qu'il ne craint pas d'affirmer que « la sévère analyse des phénomènes morbifiques, et l'exacte recherche des désordres cadavériques, donnent la preuve que les engorgemens des extrémités inférieures des femmes en couche, les prétendus dépôts laiteux, les rhumatismes, la goutte elle-même, sont, ainsi que la maladie *qu'il décrit*, autant d'inflammations des vaisseaux lymphatiques. » (1). Je possède une observation qui semble prouver que le système veineux partage au moins avec le système lymphatique le droit d'être considéré comme le siège primitif de l'éléphantiasis des Arabes, que M. Alard appelle inflammation des vaisseaux lymphatiques. Il s'agit, dans cette observation, d'une femme dont les membres inférieurs étaient énormément enflés, semblables pour ainsi dire à ceux d'un éléphant, et qui nous offrit une série de phénomènes analogues à ceux dont il est question dans l'histoire d'une religieuse de Sienne, rapportée par M. Alard. « A l'ouverture de son corps, nous trouvâmes les membres inférieurs en quelque sorte durs comme une pierre; leurs veines étaient oblitérées par du sang coagulé jusqu'à leur insertion dans la veine-cave inférieure qui l'était elle-même, etc., (2). » Certes, je ne veux rien conclure d'un fait unique; mais en rapprochant ce fait de ceux recueillis sur l'œdème des femmes en couches, et en rapprochant ensuite ces faits pathologiques avec les expériences physiologiques qui ont mis hors de doute la fonction absorbante des veines, il n'est pas déraisonnable de penser que plusieurs maladies, dont le siége a été placé dans les vaisseaux lymphatiques, dépendent réellement d'une affection des veines. Nous soumettons d'ailleurs ces réflexions au jugement de M. Alard, et comme nous ne doutons point que la seconde édition de son intéressant ouvrage ne soit suivie d'une troisième, nous espérons qu'il complétera l'histoire d'une maladie qui, ainsi qu'il le dit lui-même, fait le sujet de ses constantes méditations, et qui ne saurait être confiée à un observateur plus ingénieux, ni à un écrivain plus élégant.

---

*Nouveaux Élémens de physiologie; par M. le chevalier* RICHERAND, *professeur de la Faculté de Médecine de Paris, etc.*; 9.e *édition. Paris*, 1824. 2 *vol. in-8.o, prix*, 14 *fr. Chez Béchet jeune.*

Annoncer la neuvième édition d'un ouvrage, du vivant même de son auteur, c'est dire qu'il est devenu classique et que les lecteurs se le dis-

(1) Préface, pag. xvij et xxiij.

(2) Je me propose de publier cette observation.

putent avec empressement. Dire que cet ouvrage tient, à chaque édition, les amis de la science au courant des progrès qu'elle fait journellement, c'est assez en proclamer l'importance et l'utilité. Tel est le cas dans lequel se trouve le livre que M. Richerand publie aujourd'hui pour la neuvième fois, et où, sans avoir rien changé à son plan général, si universellement apprécié, il a fait de nombreuses additions dans les détails, sur l'organisation de la matière, sur la possibilité de remplacer l'action nerveuse par un courant galvanique, sur l'existence de l'urée dans le sang, sur l'influence des nerfs de la huitième paire dans la digestion stomacale, sur le mécanisme de la contraction, sur l'absorption par les veines et par les vaisseaux lymphatiques, sur les fonctions des différentes parties de l'encéphale, sur l'organologie, sur la théorie des monstruosités, etc.; ce qui a donné au savant auteur l'occasion de citer les travaux intéressans de MM. Prevost, Dumas, Wilson Philips, Shaw, Charles Bell, Flourens, Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, et d'enrichir de leurs résultats son excellent traité de physiologie, dont on nous pardonnera sans doute de ne point offrir une analyse détaillée, puisqu'il est si universellement connu et si unanimement placé au premier rang des bons livres élémentaires. H. C.

---

*Traité théorique et pratique du croup, d'après les principes de la doctrine physiologique; précédé de réflexions sur l'organisation des enfans; par* H. M. J. Desruelles, *D.-M.-P., etc.; deuxième édit. entièrement refondue. In-8.° de* 368 *pages; prix,* 5 *fr.* 50 *cent. Chez J. B. Baillière.*

Riche de tous les travaux dont cette maladie a été l'objet, et de l'application de la doctrine physiologique à son étude, l'ouvrage de M. Desruelles est la meilleure monographie du croup que nous possédions. Ce qui est relatif au siége, à la nature, aux causes, aux phénomènes de cette affection, y est traité avec beaucoup de talent, et la partie thérapeutique décèle un praticien judicieux. Les principaux chapitres ont été augmentés de beaucoup de considérations nouvelles; ces améliorations et le succès rapide que la première édition a obtenu, sont de sûrs garans de celui que mérite celle que nous annonçons. Goupil.

---

*De l'ophthalmoblennorrhée épidémique d'Egypte, observée dans les armées européennes pendant les campagnes de* 1813, 1814 *et* 1815; *par* Charles-Ferdinand Graefe. *Berlin*, 1823. *Un volume* in-folio, *avec cinq planches.*

Parmi les événemens désastreux dont l'Europe fut le théâtre il y a environ dix ans, on doit compter surtout l'ophthalmie épidémique, qui, après avoir pris naissance dans les nombreux camps formés à cette

époque, frappa de cécité des milliers d'individus, et étendit même ses ravages jusque dans le nouveau continent. Un fléau aussi redoutable ne pouvait manquer d'exciter la sollicitude des gouvernemens, et de les déterminer à acquérir les lumières des hommes de l'art, afin de préserver leurs peuples d'une maladie qui les menaçait de si près. M. Græfe, chargé par l'administration d'étudier cette ophthalmie, s'est livré à cette étude avec autant de soin que de sagacité, et c'est dans ce bel ouvrage que nous annonçons, et dont nous allons essayer de donner un aperçu sommaire, que cet illustre auteur a consigné les observations tendant à bien caractériser cette terrible épidémie.

Cet ouvrage est divisé en six livres, dont le premier contient une description très-détaillée des phénomènes dont l'ensemble constitue l'ophthalmie épidémique; le second livre traite des caractères propres et différentiels de cette maladie; le troisième renferme des recherches historiques fort intéressantes sur les différentes apparitions de l'ophthalmoblennorrhée, observées depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours; le quatrième est consacré à l'étiologie ou à l'étude des causes qui tendent à développer cette ophthalmie; dans le cinquième, l'auteur expose les divers modes de traitement à employer, soit pour guérir la maladie, soit pour la prévenir; dans le sixième enfin, M. Græfe se livre à une série de considérations servant à compléter le traitement.

L'ophthalmoblennorrhée d'Égypte est divisée par l'auteur en hydrorrhée, en phlegmatorrhée et en pyorrhée. La première n'est autre chose que la sécrétion anomale d'une humeur limpide, qui s'opère à la surface de la conjonctive indépendamment des organes lacrymaux. La seconde, que l'auteur regarde comme le passage de l'hydrorrhée à la pyorrhée, consiste dans la sécrétion d'une matière pituiteuse, matière qui, en s'accumulant au bord libre des cartilages tarses, rend les paupières adhérentes et immobiles. La troisième enfin, est caractérisée par la sécrétion d'une matière purulente, jointe à cette métamorphose de la conjonctive par laquelle cette membrane acquiert une structure papillaire qui très-souvent est accompagnée d'un renversement, ainsi que d'un état fongueux des paupières. Ces trois genres d'anomalies, que l'auteur considère comme autant de degrés d'une seule et même maladie, et qu'il désigne sous le nom générique de *logadoblennorrhée*, d'après la conjonctive qui en est le principal siége, se développent sous l'influence des mêmes causes qui donnent naissance aux ophthalmies ordinaires. Cependant l'auteur remarque que la logadoblennorrhée résulte plus particulièrement de l'action d'une trop vive lumière, et, en général, de tout ce qui produit un état d'éréthisme dans la conjonctive. Quant au traitement de la logadoblennorrhée, M. Græfe insiste avec force sur la nécessité d'attaquer le mal dans sa source, attendu que, dans une période plus avancée, et surtout lorsqu'il existe des développemens anomaux dans la substance de la conjonctive, la maladie est presque toujours incurable. C'est pourquoi il conseille de combattre cette ophthalmie dès sa naissance par un trai-

tement qui consiste tantôt dans la prescription réitérée de la saignée, soit générale, soit locale, tantôt dans l'emploi de légers laxatifs, tantôt enfin dans l'emploi de topiques convenables, suivant le degré de pléthore ou d'éréthisme, et le caractère général de la maladie.

ERNEST MARTINI.

---

*Système de l'histologie; par* CHARLES-FRÉDÉRIC HEUSINGER. *Premier volume, première livraison, contenant l'introduction ou l'histologie générale. — Eisenach*, 1822. *In-4.°*

L'HISTOLOGIE ayant pour objet la connaissance des tissus primitifs du corps animal, se divise, suivant l'auteur, en histographie, en histogénie et en histonomie. La première s'occupe à décrire la texture des tissus considérés dans leur état de développement achevé. La seconde s'applique à faire connaître la texture qu'offrent les tissus dans les différens degrés de leur développement, tant normal qu'anormal. La troisième enfin traite des causes et des lois qui président, soit au développement, soit à l'entretien des systèmes ou tissus primitifs. Tels sont les objets que l'auteur discute dans cette première livraison. Nous allons maintenant indiquer sommairement ce que ce travail renferme de nouveau et d'intéressant.

Après avoir fait un tableau historique des travaux publiés sur l'histologie, jusqu'en 1822, à l'exception toutefois de ceux de M. Béclard, que M. Heusinger dit avoir reçus trop tard pour les comprendre dans son travail, cet auteur expose la division des tissus adoptée par lui. Cette division renferme onze tissus primitifs distincts : 1.° le tissu formatif (*tela formativa*); 2.° le tissu corné (*tela cornea*); 3.° le tissu cartilagineux (*tela cartilaginea*); 4.° le tissu osseux (*tela ossea*); 5.° le tissu fibreux (*tela fibrosa*); 6.° le tissu membraneux (*tela membranacea*); 7.° le tissu nerveux (*tela nervea*); 8.° le tissu séreux (*tela serosa*); 9.° le tissu vasculaire (*tela vasculosa*); 10.° le tissu parenchymateux (*tela parenchymatosa*); 11.° enfin le tissu glanduleux (*tela glandulosa*). Chacun de ces tissus primitifs est subdivisé par l'auteur, en plus ou moins de tissus secondaires qu'il appelle formes (*gebilde*), de manière que toutes les formes secondaires appartenant à chaque tissu primitif, se ressemblent par des propriétés communes au tissu dont elles sont autant de modifications, quoiqu'elles diffèrent entre elles par des caractères distinctifs d'un ordre subordonné. Ces considérations histographiques sont suivies de quelques autres considérations relatives à l'histogénie et à l'histonomie; mais comme cette première livraison n'est, pour ainsi dire, que l'introduction à l'ouvrage dont M. Heusinger se propose d'enrichir le domaine de l'histologie, nous reviendrons sur ce travail, en rendant compte des recherches ultérieures de cet estimable auteur.

ERNEST MARTINI.

---

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

# MÉMOIRES

ET

# OBSERVATIONS.

*Des différens aspects que présente, dans l'état sain, la membrane muqueuse gastro-intestinale; mémoire posthume du docteur* Rousseau, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.*

§ 1.er La membrane muqueuse gastro-intestinale est une des portions les plus importantes des membranes tégumentaires, soit par les fonctions essentielles dont elle est l'organe, soit à cause des altérations variées qu'elle éprouve, et qui deviennent la source d'un grand nombre de maladies; soit enfin parce que c'est à sa surface que sont appliqués la plupart des agens thérapeutiques. Aussi l'étude de cette membrane, de même que celle des autres membranes muqueuses, est-elle de la plus haute importance pour la médecine. M. Pinel, un des premiers, a senti la nécessité de considérer les membranes muqueuses d'une manière générale, relativement aux maladies. Cependant Bichat est le premier qui en ait donné une description satisfaisante. ( *Traité des membranes*, Paris, an VIII.) Ce célèbre physiologiste envisagea principalement les membranes muqueuses sous le rapport anatomique et physiologique; mais il n'a pas distingué avec précision les caractères que présentent les membranes muqueuses dans l'état sain, de ceux qu'elles

offrent dans l'état morbide; il a souvent confondu ces deux états l'un avec l'autre ; il n'a pas non plus distingué suffisamment l'aspect différent que présentent les membranes muqueuses saines pendant la vie et après la mort.

Nous ne prétendons pas remplir dans ce mémoire toutes les lacunes laissées par l'immortel Bichat ; nous ne devons nous occuper ici que de la membrane muqueuse gastro-intestinale, considérée chez l'homme adulte et après la mort. Aussi, malgré le grand intérêt qu'inspire l'étude de la zoologie, nous ne dirons rien des différences nombreuses que présente dans sa texture la membrane muqueuse gastro-intestinale considérée dans la série des animaux. Nous n'aurons recours aux lumières que pourra nous fournir l'anatomie comparée, que lorsqu'elles pourront servir à éclairer quelques points encore obscurs de l'anatomie humaine.

La membrane muqueuse gastro-intestinale revêt l'intérieur de la portion sous-diaphragmatique du canal alimentaire dont elle forme la tunique interne. Elle a reçu différens noms; elle a été successivement appelée villeuse, veloutée, fongueuse, pulpeuse, poreuse, folliculeuse, etc., d'après divers caractères tirés de son apparence extérieure ou de sa structure.

Continue à la peau aux deux orifices du canal digestif, la membrane muqueuse gastro-intestinale est partout continue à elle-même; elle envoie quelques prolongemens qui tapissent les conduits excréteurs des glandes qui versent à sa surface le produit de leur sécrétion : telles sont la tunique interne des canaux pancréatique et cholédoque, la tunique interne de la vésicule biliaire.

Les interruptions que l'on a cru trouver dans la membrane muqueuse gastro-intestinale ne sont qu'apparentes; les changemens que l'on observe dans son aspect et sa texture sont généralement liés par des gradations intermédiaires presque insensibles. On trouve seulement

une différence assez brusquement tranchée entre deux parties très-rapprochées, l'œsophage et l'estomac; mais ces deux parties ont des fonctions très-différentes, et encore là comme partout ailleurs, ce n'est, ainsi que le dit M. le professeur Béclard, qu'une variété qui se réduit très-facilement en un type unique de texture organique. Nous verrons plus loin à quoi tient cette variété.

La membrane muqueuse gastro-intestinale adhère par sa surface externe à la tunique musculeuse du canal digestif. Cette adhérence a lieu au moyen d'une couche de tissu cellulaire dense et serré, auquel Ruysch a donné le nom de membrane nerveuse, et que Bichat a appelé tissu cellulaire sous-muqueux. Cette couche celluleuse joue un grand rôle dans la structure des organes creux; c'est à elle qu'ils doivent en grande partie leur forme et leur solidité.

La surface libre de la membrane muqueuse gastro-intestinale présente un aspect différent, selon qu'on l'examine dans les divers points de son étendue. Elle offre d'abord trois espèces de plis :

Les premiers sont formés par la membrane muqueuse repliée sur elle-même, par le tissu cellulaire sous-muqueux qui prend ici une densité et une épaisseur remarquables, et par des fibres musculaires : tels sont les plis que l'on observe à l'orifice intestinal de l'estomac, à l'embouchure de l'intestin grêle dans le gros intestin, et que l'on désigne sous le nom de *valvule du pylore*, de *valvule iléo-colique*; ils s'y rencontrent constamment, quel que soit le degré de dilatation ou de resserrement de l'estomac et de l'intestin.

Les seconds sont formés seulement par la membrane muqueuse et par le tissu cellulaire sous-muqueux; mais ils sont constans comme les valvules et ne s'effacent jamais. Suivant Bichat, ils sont un peu moins sensibles pendant l'état de plénitude de l'intestin que pendant l'état de

vacuité. Tels sont les plis nombreux de l'intestin grêle, connus sous le nom de *valvules conniventes*.

Les plis de la dernière espèce, au contraire, sont, pour ainsi dire, accidentels et momentanés, et ne s'observent que pendant la contraction de l'organe que tapisse la membrane muqueuse qui en est le siége : telles sont les rides longitudinales et parallèles de l'œsophage et du rectum, les rides irrégulières de l'estomac.

Bichat remarque que ces rides irrégulières de l'estomac ne sont point susceptibles d'être aperçues sur le plus grand nombre des cadavres humains apportés dans les amphithéâtres ; « Parce que, le plus communément, dit-il, le sujet est mort d'une affection qui a altéré en lui les forces vitales, au point d'empêcher toute action de ce viscère ; en sorte que, quoiqu'il se trouve fréquemment en état de vacuité, ses fibres ne sont nullement contractées. »

Il n'est point de notre sujet de discuter la valeur de l'explication donnée par Bichat sur l'absence des rides de la membrane muqueuse gastrique dans le plus grand nombre des cadavres humains; mais sa remarque ne m'en paraît pas moins très-juste et fort importante ; elle atteste la fréquence, si long-temps méconnue, des maladies de l'estomac. En effet, les rides de la membrane muqueuse gastrique sont en général plus constantes et plus prononcées dans l'état sain que dans l'état morbide. Dans l'état sain, et lorsque l'estomac n'est pas distendu par des gaz produits par un commencement de putréfaction, on les rencontre toujours ; elles étaient remarquables par leur grosseur et leur densité sur les cadavres de plusieurs suppliciés dont nous avons fait l'ouverture. Dans l'état morbide, au contraire, l'estomac est très-souvent distendu par des liquides ou par des gaz, et cette distension prévient la formation des rides ; d'autres fois aussi la membrane muqueuse est altérée dans sa consistance et sa texture.

La surface libre de la membrane muqueuse gastro-intestinale présente aussi des enfoncemens de divers genres, tels que des dépressions infundibuliformes ou alvéolaires, des cryptes ou follicules, et des saillies nombreuses appelées villosités; mais ces divers objets ne sont pas, à beaucoup près, également apparens dans tous les points de l'étendue de cette membrane.

Les enfoncemens infundibuliformes, cellulaires ou alvéolaires, sont très-petits et ne s'aperçoivent ordinairement qu'à l'aide du microscope. Ils existent surtout dans l'estomac et le gros intestin ; ils sont au maximum de leur développement dans le bonnet, second estomac des ruminans, que, pour cette raison, on appelle le *réseau*. M. Albert Meckel croit devoir regarder ce tissu réticulaire comme la base de toute la surface interne du canal intestinal des mammifères et de l'homme.

Les follicules ou les cryptes sont logés dans le tissu sous-muqueux, où ils font saillie ; ils ont un fond renflé en ampoule, un goulot plus ou moins alongé, et un orifice très-étroit ouvert à la surface de la membrane. Leur nombre varie suivant les parties ; ils sont plus abondans dans le gros intestin que dans l'estomac et l'intestin grêle. Ils sont très-petits, mais leur volume est aussi très-variable : les plus volumineux se rencontrent dans le gros intestin. Les uns sont simples, comme à l'œsophage, au colon ; d'autres aboutissent à un orifice commun appelé lacune ; telles sont les lacunes du rectum ; d'autres sont agminés, comme les follicules de l'iléon, appelés par quelques-uns *glandes agminées de l'iléon*.

Les petites éminences ou saillies que l'on aperçoit à la surface libre de la membrane muqueuse gastro-intestinale, sont en rapport inverse de nombre avec les enfoncemens alvéolaires et les follicules dont nous venons de parler.

Ces éminences, appelées *villosités*, par suite de la

comparaison faite par Fallope de la membrane interne des intestins avec le velours, ont été décrites et représentées par Helvétius, Lieberkuehn, J. F. Meckel, Albert Meckel et plusieurs autres.

Leur existence est très-générale; mais elles ne sont nulle part plus nombreuses, plus grandes et plus apparentes que dans la portion pylorique de l'estomac, dans l'intestin grêle, et surtout dans le commencement de cet intestin.

Ces villosités, que Bichat regardait comme les papilles des parties du système muqueux situées profondément, sont des petits prolongemens de la membrane muqueuse gastro-intestinale : leur forme et leur longueur varient dans les différentes parties du canal digestif. M. Béclard les compare aux plis transverses ou valvules conniventes des intestins, à la différence près du volume. Suivant Albert Meckel, la forme des villosités est telle que leur partie libre a beaucoup de longueur comparativement à leur base ou à leur portion adhérente. La structure de ces villosités a été l'objet de beaucoup de controverses. Albert Meckel leur attribue une forme et une texture analogues à celles de la première feuille d'un grain de blé qui germe. Examinées sous l'eau, et avec une lentille qui en augmente d'environ quarante fois le diamètre, ces villosités paraissent disposées sous « la forme de folioles, de laminules, dont le nombre est tel qu'elles offrent l'image d'un gazon abondant et touffu. Ces folioles, diversement ployées et vues par conséquent sous des aspects divers, paraissent de formes variables. Leur forme, d'ailleurs, n'est pas partout la même; celles de la moitié pylorique de l'estomac et du duodénum, plus larges que longues, constituent des petites lames; celles du jéjunum, longues et étroites, méritent mieux le nom de villosités; et vers la fin de l'iléum, elles redeviennent des lamines, ainsi que dans le colon, où elles sont à peine saillantes. Les

villosités sont demi-diaphanes, leur surface est lisse.... On aperçoit seulement dans leur substance gélatiniforme des globules microscopiques disposés en séries linéaires, et à leur base des ramuscules de vaisseaux sanguins et lymphatiques d'une excessive ténuité. » (Béclard, *Élémens d'anatomie générale*, Paris, 1823, p. 253.)

Dans la plus grande partie de son étendue, la membrane muqueuse gastro-intestinale semble consister uniquement en un tissu spongieux, mollasse, et d'une épaisseur variable, moins considérable dans l'œsophage que dans l'estomac. L'épaisseur de la membrane muqueuse gastro-intestinale diminue successivement depuis l'estomac jusqu'au gros intestin; sa densité, au contraire, est plus considérable dans l'œsophage et le gros intestin que dans l'estomac et l'intestin grêle.

La membrane muqueuse gastro-intestinale est habituellement humectée par un fluide mucilagineux, destiné à la garantir de l'impression des corps avec lesquels elle est en contact, et à favoriser en même temps le trajet de ces corps. Ce fluide est composé d'une humeur perspiratoire sécrétée par les exhalans de la membrane, et pour la plus grande et la principale partie, de fluide folliculaire ou de mucus. A l'état liquide et pur, le mucus est blanc, visqueux, transparent, inodore, insipide; il contient neuf dixièmes de son poids d'eau; il est insoluble dans l'alcohol, soluble dans les acides, non coagulable comme l'albumine, et non congelable comme la gélatine.

Les mucosités que l'on trouve à la surface libre de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain, présentent des différences nombreuses qui tiennent aux divers mélanges qu'elles ont éprouvés, et à la variété de structure des parties où ces mucosités ont été recueillies. Ainsi elles sont plus fluides et moins abondantes à l'œsophage; plus épaisses et plus abondantes dans l'estomac, où elles ont quelquefois une couleur trouble et lactes-

cente; elles sont assez abondantes et plus ou moins colorées en jaune, depuis le milieu du duodénum jusques vers la fin du jéjunum et quelquefois plus bas encore; elles sont blanches et transparentes dans le gros intestin, et très-abondantes surtout à la partie inférieure du rectum. C'est à la présence de ces mucosités, qu'est dû en grande partie l'aspect mollasse et spongieux qui caractérise la membrane muqueuse gastro-intestinale : il faut l'enlever par abstersion, ou, ce qui vaut beaucoup mieux, au moyen de lotions aqueuses répétées, pour distinguer les divers aspects de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Cette membrane présente certainement des différences suivant les âges, les sexes, les tempéramens et les individus; mais ces différences se refusent à une description générale, on ne peut en donner qu'une simple indication. Ainsi, les divers plis muqueux, tels que la valvule pylorique, la valvule dite de Bauhin, les valvules conniventes, les rides de l'estomac, présentent, dans l'état sain, des différences individuelles dans leur densité, leur épaisseur et leur saillie. Les follicules sont généralement plus développés proportionnellement chez l'enfant que chez l'adulte, chez la femme que chez l'homme, chez les individus doués d'une constitution muqueuse ou d'un tempérament lymphatique, que chez les individus doués d'une constitution sèche et irritable.

Les villosités peuvent aussi présenter de nombreuses différences individuelles, et d'autres différences relatives à l'âge, au sexe, etc. Comme ces villosités sont formées, en grande partie, de filets nerveux et de vaisseaux sanguins dont la structure offre une disposition érectile, elles sont, en quelque sorte, susceptibles d'une espèce d'érection; et l'on peut, par conséquent, les trouver sur le cadavre, plus ou moins saillantes suivant les divers degrés d'excitation (toujours dans les limites de l'état de santé)

de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Ainsi, dans la faim, la membrane muqueuse gastrique est plus épaisse et plus dense ; ses rides sont plus prononcées, ses follicules muqueux plus développés, et ses villosités plus saillantes. On peut s'assurer de ces faits, soit dans des expériences sur des animaux, soit dans les cadavres des hommes bien portans et morts accidentellement long-temps après avoir mangé. La quantité, l'aspect et les qualités du mucus gastro-intestinal varieront aussi suivant le développement des follicules et les divers degrés d'excitation de la membrane.

De même que la peau recouvre l'extérieur du corps, la membrane muqueuse gastro-intestinale en forme en quelque sorte la doublure interne ; de même que mille causes pendant le cours de la vie font varier instantanément l'état de la peau, ces causes peuvent aussi amener des variétés semblables dans l'état du système muqueux ; mais qu'on ne s'y trompe pas : les aspects divers que peuvent présenter la peau et les membranes muqueuses pendant la vie ne sont plus aussi facilement appréciables après la mort. Après la mort, il est impossible de reconnaître ces variétés lorsque l'état des membranes muqueuses est toujours resté dans les limites de la santé. Lorsque Bichat a dit (*Anatomie générale*, tome IV, page 494), qu'on ne trouve point sur deux sujets la membrane muqueuse de l'estomac avec la même apparence extérieure, il a confondu l'état sain de la membrane avec son état pathologique, et il n'a pas fait attention que les différences très-prononcées que présentent les membranes muqueuses après la mort dépendent des affections diverses de ces membranes.

§. II. Nous venons de déterminer l'aspect le plus général sous lequel se présente la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain ; nous avons indiqué aussi les modifications individuelles qu'elle peut offrir, et nous

avons vu que toutes s'éloignent très-peu du type principal. Cependant afin de tracer encore avec plus de précision les aspects divers que présente cette membrane dans les différens points de son trajet, nous allons l'étudier séparément dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin.

1.° *La membrane muqueuse de l'œsophage* est molle, assez mince, lisse et enduite d'une mucosité peu épaisse; elle offre dans toute son étendue des plis longitudinaux plus ou moins multipliés, dus à la contraction des fibres circulaires de la membrane musculeuse. Les follicules mucipares sont semés de distance en distance, dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux; ils sont assez abondans, mais moins nombreux cependant et plus petits que ceux du pharynx. Leurs orifices sont en général très-peu visibles; quelquefois ils le sont davantage et apparaissent sous forme de porrosités. Les villosités de la membrane muqueuse œsophagienne sont peu apparentes: suivant quelques anatomistes, on ne peut les découvrir; cependant, on les observe, avec le microscope, sous la forme de petits tubercules qui, par leur forme, ressemblent en petit aux papilles de la langue.

La membrane muqueuse de l'œsophage se continue manifestement en haut avec celle du pharynx; mais se continue-t-elle aussi en bas avec celle de l'estomac? C'est encore là un point de la science de l'organisation, sur lequel les anatomistes ne sont pas d'accord.

Nous avons déjà parlé de la différence tranchée qui existe entre la membrane muqueuse de l'œsophage et celle de l'estomac, et nous avons dit que cette différence dépendait d'une variété dans la texture de ces deux membranes. En effet, l'aspect lisse et poli de la surface interne de l'œsophage, et les autres caractères qui la distinguent de celle de l'estomac, tiennent à la présence de l'épiderme. L'épiderme des membranes muqueuses, ou l'é-

pithélium, est très-distinct à toutes leurs origines ; il est facile d'en démontrer la présence. Cet épiderme s'enfonce ensuite plus ou moins profondément, diminue d'une manière insensible, et se perd, pour ainsi dire, par gradation. Il tapisse la membrane muqueuse de la portion sus-diaphragmatique du canal digestif ; on peut en constater la présence par la dissection, la décoction, la putréfaction, et d'autres moyens encore, et on le trouve très-distinct jusques dans l'œsophage, et finissant brusquement à la réunion du canal avec l'estomac. C'est cette interruption de l'épiderme qui a été donnée mal-à-propos par quelques anatomistes modernes, comme une preuve de l'interruption de la membrane digestive elle-même.

2.° *La membrane muqueuse de l'estomac* se distingue de celle de l'œsophage par ses villosités nombreuses, par son aspect lanugineux, velouté, parce qu'elle est plus épaisse, plus molle, fongueuse, et lubrifiée par un mucus plus abondant. Elle présente, vers l'orifice intestinal, la valvule pylorique, dont la petite circonférence est molle, mince, libre et flottante ; elle offre, en outre, un grand nombre de rides irrégulièrement disposées et affectant des dispositions diverses ; les unes rayonnées vers l'orifice œsophagien et semblant être là une continuation des plis longitudinaux de l'œsophage, sont, au contraire, longitudinales vers le pylore ; les autres, en plus petit nombre, plus ou moins transversales, coupent les premières sous des angles très-divers. Ces rides sont d'autant plus apparentes, que l'estomac est plus vide, et par conséquent plus resserré sur lui-même. M. Maingault (*Mémoire sur le vomissement*, in-8.°, 1813), leur a trouvé un volume remarquable dans l'estomac des animaux chez lesquels il avait provoqué le vomissement ; elles allaient en divergeant des orifices pylorique et cardiaque vers la partie moyenne de l'estomac.

Ces rides disparaissent par la simple distension de l'esto-

mac. Si on examine alors, à l'aide du microscope, la surface de la membrane muqueuse, on y aperçoit un grand nombre de ces enfoncemens cellulaires ou alvéolaires, décrits et figurés par Everard Home, et dont nous avons parlé ci-dessus.

Les papilles ou villosités de la membrane muqueuse de l'estomac sont très-délicates et tellement déliées, qu'elles simulent le velours le plus fin. L'épithélium ne peut être aperçu ; il est remplacé là, comme dans toutes les parties des membranes muqueuses dépourvues d'un épithélium distinct, par un vernis muqueux dont les fonctions sont analogues à celles de l'épiderme.

Les follicules muqueux de l'estomac sont très-petits ; on en remarque principalement autour des orifices ; quelques-uns, plus gros, appelés improprement glandes de Brunner, sont placés sur-tout le long des courbures. Leurs orifices sont enfoncés et très-peu apparens. Le mucus qu'ils secrètent est épais et très-abondant. Sa quantité augmente lorsque l'estomac est rempli d'alimens; elle diminue, au contraire, dans les cas de longue abstinence ; la membrane est alors plus ou moins desséchée.

La membrane muqueuse de l'estomac n'a pas absolument le même aspect dans tous les points de son étendue: la délicatesse de cette membrane semble aller en augmentant du grand cul-de-sac de l'organe au petit. D'une part, les enfoncemens alvéolaires sont plus grands et moins nombreux dans la portion splénique de l'estomac ; de l'autre, les villosités sont plus nombreuses, plus grandes et plus apparentes dans la portion pylorique ; d'ailleurs, l'anatomie comparée confirme cette assertion. Chacune des trois portions de l'estomac de l'homme, la portion splénique, le corps du viscère et la portion pylorique, peut, jusqu'à un certain point, être assimilée à chacune des parties des estomacs multiples des ruminans. Or, la

surface interne de chacun des estomacs des ruminans offre un aspect différent, et secrète probablement des sucs de nature différente; dans ces animaux, ce n'est que graduellement d'un des estomacs à l'autre que s'opère la chymification : un phénomène analogue se remarque aussi chez l'homme.

Ces différences dans l'aspect, et conséquemment dans la structure des diverses portions de la membrane muqueuse gastrique, ne sont point un simple objet d'anatomie spéculative; elles pourront peut-être servir à faire connaître pourquoi certaines altérations pathologiques de l'estomac, telles que l'amincissement de ses parois, le squirrhe, le cancer, attaquent certains points de ce viscère de préférence aux autres.

3.° *La membrane muqueuse de l'intestin grêle* est, comme celle de l'estomac, molle, tomenteuse, veloutée et constamment humide : sans l'existence de la valvule pylorique, on ne pourrait pas préciser au premier coup-d'œil le lieu où finit la membrane muqueuse gastrique, et celui où commence celle de l'intestin; car la membrane interne du commencement du duodénum partage la plupart des caractères de la membrane interne de la portion pylorique de l'estomac : elle est cependant un peu moins épaisse et un peu plus dense que celle de l'estomac. La membrane muqueuse de l'intestin grêle présente un grand nombre de plis appelés valvules conniventes, des villosités abondantes et beaucoup de follicules muqueux; ces divers objets varient selon le point de l'intestin dans lequel on les examine.

Les valvules conniventes n'ont pas toutes la même longueur, il y en a de longues et de courtes : les premières sont placées transversalement; elles ne forment jamais des cercles entiers; elles en représentent des arcs qui embrassent la moitié ou les trois-quarts de l'intestin, et dont les extrémités terminées en pointe s'avancent iné-

galement les unes au-delà des autres; les secondes ou les courtes sont placées dans toutes les directions, et s'entrecroisent avec celles qui les avoisinent. Leur largeur ne varie pas moins que leur longueur : elles sont plus larges dans le milieu jusqu'à leurs extrémités; en général elles font une saillie de trois ou quatre lignes dans l'intérieur de l'intestin.

Les valvules conniventes ne sont point également nombreuses dans tous les points de l'intestin grêle : elles ne commencent à paraître dans le duodénum qu'à un pouce environ du pylore; peu nombreuses dans la première portion de cet intestin, elles le deviennent davantage dans les portions suivantes, mais cependant jamais autant que dans le jéjunum, où elles sont très-abondantes, très-rapprochées les unes des autres, et plus larges ; elles diminuent et disparaissent dans le cours de l'iléon, et à la fin de cet intestin elles sont remplacées par de simples rides longitudinales.

Entre les valvules conniventes et à leur surface se voient les villosités intestinales, disposées de manière à donner à la membrane l'apparence d'un velours; elles ont, comme nous l'avons dit, la forme de folioles, de laminules, dont le nombre est tel, que, vues au microscope, elles offrent l'image d'un gazon touffu. Plus abondantes au jéjunum qu'au duodénum, elles diminuent et disparaissent aussi dans le cours de l'iléon ; de sorte qu'à la fin de cet intestin, la membrane muqueuse n'a déjà plus ni cet aspect fongueux, ni ce velouté qu'elle présentait dans les premières portions de l'intestin grêle.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle contient aussi beaucoup de follicules muqueux. Ces follicules varient beaucoup par leur nombre et leur grosseur ; ils sont en général dans un rapport inverse avec le nombre et la longueur des villosités; aussi sont-ils d'autant plus abondans et plus volumineux qu'on s'approche davantage de

la terminaison de l'intestin grêle dans le gros intestin. Leurs orifices sont plus apparens que ceux des follicules de l'estomac. Ces follicules sont disséminés sur toute la membrane muqueuse ; on dit qu'au duodénum ils sont placés au bord convexe de cet intestin, sous forme de grappes oblongues ; que dans le jéjunum et l'iléon ils sont sur-tout groupés vers le côté où l'intestin est attaché au mésentère ; mais cette situation ne m'a pas paru constante. Jadis on partageait ces follicules en trois ordres, d'après leur volume ; savoir : les glandes de Peyer, de Brunner et de Lieberkuehn ; cette distinction arbitraire est tout-à-fait inutile. On a aussi donné pendant long-temps le nom de glandes de Brunner aux follicules du duodénum (Brunner, *de Glandulis duodeni*, 1715), et celui de glandes de Peyer, aux follicules du jéjunum et de l'iléon ; (Peyer, *de Glandulis intestinorum ; Amstel.*, 1681) ; mais très-improprement, car les follicules ne sont point des glandes, et tous ceux de l'intestin grêle sont absolument de même nature. Ils secrètent une mucosité abondante, à laquelle Haller a voulu faire jouer dans la chylification, sous le nom de *suc intestinal*, un rôle analogue à celui que quelques autres physiologistes ont voulu faire jouer, dans la chymification, au suc folliculaire de l'estomac qu'ils ont appelé *suc gastrique*.

C'est ici le lieu de parler d'une dépendance de la membrane muqueuse intestinale, de celle qui tapisse l'intérieur de la vésicule biliaire, et des conduits excréteurs du foie et du pancréas.

A cinq travers de doigt du pylore, à l'endroit où la deuxième portion du duodénum se recourbe pour aller former la troisième, on trouve, dans l'intérieur de cet intestin, une éminence alongée, terminée en pointe et fendue dans son milieu ; c'est l'orifice intestinal des canaux cholédoque et pancréatique isolés ou réunis. Cet orifice est couvert par un petit pli appelé *diverticule de Vater*,

et entouré par une petite élévation formée par plusieurs des valvules de Kerkring. C'est par cet orifice que pénètre un prolongement de la membrane muqueuse du duodénum, laquelle change graduellement de texture et d'apparence; elle devient très-mince et présente un très-petit nombre de villosités. La membrane muqueuse de la vésicule biliaire présente une espèce de réseau à mailles pentagones et irrégulières, d'une largeur et d'une profondeur très-variables, et qui sont sur-tout apparentes dans son milieu. Les plis qui les forment sont inhérens à la structure de la membrane, car ils ne disparaissent même pas quand la vésicule est fortement distendue. Vers le col de la vésicule, on trouve plusieurs petits replis valvulaires assez saillans.

La membrane muqueuse de la vésicule biliaire est assez épaisse; elle tient le milieu, sous ce rapport, entre l'intestin grêle et le gros intestin; elle est fongueuse et couverte d'un grand nombre de villosités, mais les follicules muqueux qu'elle contient dans son épaisseur, sont d'une ténuité telle, qu'il est difficile de les apercevoir; les plus volumineux se rencontrent entre les replis valvulaires du col de la vésicule.

4.° *La membrane muqueuse du gros intestin* se distingue facilement de celle de l'intestin grêle : sans compter la valvule de Bauhin, qui se remarque à l'endroit où l'intestin grêle s'abouche dans le gros intestin, sans parler des saillies longitudinales et des brides transversales qui partagent l'intérieur du cœcum et du colon en demi-cellules assez profondes, la membrane muqueuse du gros intestin présente un grand nombre d'autres caractères particuliers. Son aspect est plus lisse, moins fongueux et moins velouté que celui de la membrane muqueuse de l'intestin grêle ; on n'y rencontre plus de valvules conniventes; les villosités sont moins nombreuses et moins apparentes; les follicules muqueux s'y rencontrent en

plus grande quantité ; ils sont plus volumineux, plus isolés, et sécrètent un mucus plus blanchâtre, moins épais et très-abondant. Les orifices des follicules sont très-visibles à l'œil nu, ils se présentent sous la forme de pores analogues à ceux qu'on aperçoit à la surface de la peau, mais ils sont plus larges ; quelquefois ils offrent des petits points noirâtres analogues à ceux des follicules sébacés de la peau du nez.

De même qu'il est impossible d'indiquer avec précision le lieu où finit le jéjunum et celui où commence l'iléon, il est également impossible d'établir une démarcation tranchée entre le cœcum et le colon ; on peut seulement dire que les villosités sont un peu plus nombreuses dans le cœcum que dans le colon, et qu'au contraire les follicules sont plus nombreux et plus volumineux dans ce dernier intestin. On trouve en outre dans le cœcum l'orifice de l'appendice cœcal dont l'intérieur est tapissé par un prolongement de la membrane muqueuse du cœcum.

Quant à la membrane muqueuse du rectum, elle est lisse dans sa moitié supérieure, où elle a à-peu-près l'aspect de celle de l'intestin colon ; mais en bas elle est plus fongueuse, plus épaisse, et enduite d'une mucosité plus abondante. Sa surface offre des plis longitudinaux et parallèles, connus sous le nom de *colonnes du rectum* ou *de Morgagni :* ces plis sont d'autant plus épais qu'on approche de l'anus ; dans leurs intervalles, sont des replis semi-lunaires et membraneux, dont le bord flottant est dirigé de bas en haut du côté de la cavité de l'intestin ; ils forment des espèces de petites cellules dont le fond est étroit et tourné en bas, et qui sont appelés *lacunes*. Les villosités ne sont pas plus apparentes dans le rectum que dans le colon, mais les follicules muqueux y sont en plus grand nombre. Ceux qui sont simples, isolés, ont leurs orifices dirigés de haut en bas. La membrane muqueuse du rectum se continue avec la peau au pourtour de l'a-

nus; elle se trouve recouverte en cet endroit d'un épithélium distinct, mais qui disparaît bientôt insensiblement sans qu'on puisse en assigner les limites.

§. III. Dans la description générale que nous venons de donner de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et dans l'examen particulier de chacune de ces diverses portions, nous n'avons nullement parlé de la couleur de cette membrane : cependant la couleur que présente la membrane muqueuse gastro-intestinale, après la mort, est un des plus importans, pour ne pas dire le principal de ces caractères, celui qui doit sur-tout attirer l'attention dans les nécroscopies. Nous allons donc en faire un examen spécial.

Il faut avouer, et je le dis à regret, que jusqu'à ce jour on a en quelque sorte méconnu la couleur véritable de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain; les ouvrages d'anatomie renferment sur ce point des erreurs graves et des contradictions évidentes : c'est même là, pour le dire en passant, une des causes qui ont retardé la solution du problême important de l'existence des fièvres essentielles, parce que, ne connaissant pas la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale, on ne voulait pas regarder la rougeur qu'elle présente presque constamment chez ceux qui meurent de ces maladies, comme une preuve de son inflammation.

Sans me livrer ici à des recherches dans lesquelles je pourrais étaler, à peu de frais, un grand luxe d'érudition, je me contenterai de citer quelques auteurs anciens et modernes qui ont été regardés et que l'on regarde encore aujourd'hui comme classiques.

Les uns, tels que Winslow, Palfyn, Lieutaud, Portal, etc., ne disent rien, dans leurs ouvrages, sur la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les autres ont indiqué, d'une manière inexacte et même entièrement fausse, la couleur de cette membrane dans l'é-

tat sain. De ce nombre sont : Vésale, Bartholin, Sabatier, Gavard, Boyer, Buisson, Bichat, Hippol. Cloquet, etc.

André Vésale s'exprime ainsi au sujet de la surface intérieure de l'estomac : « *Ventriculus inici* (*intrinsecùs*) *nihil prœtèr rugas quasdam, si vehementer constrictus reperiatur, ostendit, intestinorum et vesicœ cavitati respondens, quamvis interìm* obfuscum et quasi nubeculis intensè rubentibus interstinctum colorem exprimat, *quùm tamen exteriùs omninò penè albicet.* » (*De corporis humani fabricâ, lib.* V, *p.* 598.)

Thomas Bartholin dit aussi : « *Superficies extrinseca est levis, plana et albicans; intrinsecùs, quandò ventriculus constrictus est, apparet rugosus* et nonnihil rubens. » (*Anatom., lib.* I, *p.* 70, *de infimo ventre ;* 1673.)

On trouve dans Sabatier (*Traité complet d'anatomie*, tome 3, page 77, Paris, 1798), le passage suivant : « Le grand nombre de vaisseaux qui se distribuent à la membrane muqueuse de l'estomac, lui donne souvent une *couleur pourpre obscure.* Cette remarque, faite il y a long-temps par Habicot, célèbre chirurgien de Paris, mérite la plus grande attention lorsqu'on est chargé de l'examen des corps de personnes qu'on soupçonne mortes de poison, et doit engager à suspendre son jugement sur cette cause de mort très-difficile à bien constater dans quelques circonstances. »

Certainement il est important dans les nécroscopies d'individus que l'on soupçonne morts empoisonnés, de ne pas prendre pour effet du poison une *couleur pourpre obscur* de la membrane muqueuse de l'estomac, puisque cette couleur peut être le résultat d'une inflammation ou d'une simple congestion sanguine produite par toute autre cause, et la remarque de Sabatier est juste sous ce rapport; mais la réflexion d'Habicot n'en est pas moins une erreur, car il suffit d'avoir ouvert avec attention les cadavres

d'individus dont on a suivi pas à pas la maladie pendant la vie, pour être convaincu que cette *couleur pourpre obscur* n'est nullement, et dans aucune circonstance, la couleur naturelle de la membrane muqueuse de l'estomac.

Du reste, Habicot n'est pas le seul qui ait commis cette erreur; on la rencontre aussi dans l'*Anthropologie* de Riolan : « *Inter duas proprias membranas ventriculi venæ à splene derivatæ sanguinem suum effundunt, quò fit, ut* fundus ventriculo potissimum parte sinistrâ nigricans foris et intùs appareat, quod in multis subitò extinctis veneni suspicionem attulit. » (*Joannis Riolan filii Opera anatomica*, Paris, 1650; *Anthropologiæ*, *lib.* II, *p.* 118.)

Il est fâcheux que cette erreur ait été reproduite dans ces derniers temps dans deux ouvrages estimés, celui de Gavard et celui du professeur Boyer. (*Voyez* Gavard, *Traité de Splanchnologie*, Paris, 1809, pag. 359; Boyer, *Traité d'Anatomie*, 3.e édition, Paris, 1810, tom. 4, pag. 337.) Ces deux auteurs se sont également trompés dans la couleur qu'ils ont assignée à la membrane muqueuse du ventricule : en effet, ainsi que nous le démontrerons plus bas par des observations particulières, la tunique interne de l'estomac dans l'état sain, n'est ni *d'un gris tirant sur le rouge*, ainsi que le dit Gavard, ni *d'une couleur grisâtre tirant un peu sur le jaune et le rouge*, comme l'avance M. Boyer.

La membrane muqueuse de l'estomac n'est point non plus d'un blanc rougeâtre et comme marbré, ainsi que l'a écrit Buisson (*Anatomie descriptive* de Bichat, tom. 3, pag. 404); et comme l'ont répété M. Hipp. Cloquet et les autres auteurs qui ont écrit depuis Bichat sur l'anatomie et la physiologie de l'homme.

M. Marjolin est, parmi ces auteurs, celui qui aurait indiqué le plus exactement la couleur naturelle de la membrane muqueuse de l'estomac, si, après avoir dit (*Manuel d'Anatomie*, Paris, 1815, tome 2, pag. 384) :

« La surface interne de la tunique muqueuse de l'estomac est *d'un blanc rougeâtre*, » il n'avait ajouté ces mots : « Chez quelques sujets, elle offre aussi des *taches brunâtres ou noirâtres*, sans qu'il y ait d'ailleurs *aucune altération dans son tissu.* »

J'aurai occasion dans la suite de ce mémoire d'apprécier la valeur de ces taches brunâtres ou noirâtres, qui sont toujours des résultats de quelque altération organique, et qui ne se rencontrent jamais sur la membrane muqueuse gastrique, lorsque cette membrane est absolument dans l'état sain.

Quant à la couleur de la membrane muqueuse du reste du canal intestinal, c'est-à-dire, de celle qui tapisse l'intestin grêle et le gros intestin, les auteurs d'anatomie ne l'ont point indiquée avec plus d'exactitude que celle de la muqueuse gastrique. Ceux qui en ont parlé s'accordent à regarder la couleur rouge ou rougeâtre comme la couleur naturelle de la membrane muqueuse intestinale : tels sont Buisson, Gavard, MM. Boyer, Cloquet, etc. M. Marjolin est encore celui qui s'est le plus approché de la vérité : il dit : (ouvrage cité, page 398) « La tunique muqueuse de l'intestin grêle est blanchâtre. »

Les auteurs qui ont écrit sur l'anatomie descriptive n'ont donc pas indiqué avec exactitude la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Voyons si nous trouverons des renseignemens plus précis dans les ouvrages de ceux qui ont écrit sur l'anatomie générale.

Si l'on consulte le traité d'anatomie générale de Bichat et les ouvrages qui ont paru jusqu'à ce jour en France sur ce sujet important, on remarque d'abord que les auteurs de ces ouvrages n'ont pas tracé une ligne de démarcation bien précise entre la couleur des membranes muqueuses pendant la vie, et celle de ces mêmes membranes après la mort; et il est aisé de se convaincre que, sans avoir dit positivement que la membrane muqueuse gastro-intesti-

nale est d'une couleur rouge ou rougeâtre, ils ont fait pressentir que telle était leur opinion.

Je ne citerai, comme preuve de ce que j'avance, que les passages suivans extraits de l'anatomie générale de Bichat.

« Dans les organes où la rougeur du tissu muqueux est peu apparente, comme à la vessie, au rectum, etc., il devient transparent par la dessiccation. *Là où il est très-rouge*, *comme à l'estomac*, il prend une teinte foncée. (*Anatomie générale*, tome IV, p. 432.)

» A l'instant où l'on plonge une surface muqueuse dans l'eau bouillante, *quelque rouge qu'elle soit*, *comme celle de l'intestin et de l'estomac*, elle blanchit tout-à-coup. » (*id.* p. 463.) Remarquez que dans ces passages Bichat ne dit pas s'il entend parler de la rougeur du tissu muqueux pendant la vie ou après la mort, dans l'état sain ou dans l'état morbide, et qu'il est permis de présumer que c'est de la couleur de la membrane muqueuse dans l'état sain qu'il a voulu parler.

Nous concluons donc, 1.° que les auteurs n'ont point indiqué avec exactitude la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain ; 2.° que la couleur de la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état sain, n'est, dans aucun cas, ni d'un pourpre obscur, ni d'un gris tirant sur le jaune et le rouge, ni d'un blanc rougeâtre et comme marbré ; 3.° que la couleur de la membrane muqueuse intestinale n'est point non plus ni rouge, ni rougeâtre ; qu'elle n'est point plus rouge dans le jéjunum que dans l'iléon, etc.

Quelle est donc la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale ?

Dans l'état sain, la membrane muqueuse gastro-intestinale a une *couleur blanche, ou d'un blanc légèrement rosé.* Cette couleur primitive offre des nuances dans les différens points du conduit digestif ; ainsi, la membrane mu-

queuse du pharynx est légèrement rosée ; celle de l'œsophage est blanche, surtout à sa partie inférieure. La couleur blanche de la membrane muqueuse œsophagienne distingue cette membrane de celle du pharynx et de celle de l'estomac. La membrane muqueuse de l'estomac a une couleur légèrement rosée comme celle du pharynx ; mais en comparant ces deux membranes entre elles, outre les caractères de texture qui les distinguent, l'œil y découvre encore dans la couleur une nuance que le langage ne saurait exprimer : la peinture seule pourrait indiquer avec précision les diverses nuances de couleur que présentent les membranes muqueuses comparées les unes aux autres.

La couleur rosée de l'estomac diminue d'intensité dans la portion pylorique de ce viscère, devient blanche dans le duodénum, conserve cet aspect dans tout le reste de l'intestin grêle, devient ensuite d'un blanc pâle dans le cœcum, le colon, le commencement du rectum, et reprend une couleur légèrement rosée vers la fin de cet intestin.

Il est assez difficile d'apprécier la couleur naturelle de la membrane muqueuse de la vésicule du fiel, parce qu'elle est presque toujours, sur le cadavre, colorée par la bile. Cependant si on examine cette membrane sur des cadavres récens, on lui trouve un aspect blanchâtre. On dit qu'elle est blanche sur les animaux vivans ; je n'ai point eu occasion de vérifier ce fait. La teinte jaune ou verdâtre qu'elle acquiert promptement après la mort, dépend de la transsudation de la bile : cette teinte jaune ou verdâtre est plus ou moins foncée suivant les sujets, et très-probablement suivant les divers états morbides. J'ai souvent fait macérer dans l'eau la membrane interne de la vésicule biliaire, et après six et huit jours de macération, elle n'avait pas sensiblement perdu de sa couleur jaunâtre ou verdâtre. Pourquoi cette couleur de la vésicule biliaire résiste-t-elle si fortement à la macération ?

Pourquoi, d'un autre côté, la tunique interne de la vésicule se laisse-t-elle imprégner si facilement après la mort par la transsudation de la bile ? Je crois en trouver la raison dans le très-petit nombre de follicules muqueux que l'on rencontre dans son épaisseur, et par conséquent dans un mucus trop peu abondant pour préserver la membrane qu'il recouvre de l'action chimique de la partie colorante de la bile.

§ IV. Telle me paraît être la couleur véritable de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et après la mort. Il ne faut jamais perdre de vue, dans les nécroscopies, la teinte primitive de la portion du système muqueux gastro-intestinal que l'on examine, puisque chacune des divisions de ce système présente dans ses nuances des différences remarquables. Si la membrane muqueuse du colon, par exemple, a la couleur de celle de l'estomac dans son état naturel, prononcez que la membrane muqueuse du colon n'est pas dans l'état sain. Il y a, comme l'a dit Bichat (*Anatomie générale,* tome IV, p. 464), une échelle de coloration pour le système muqueux; et il est essentiel, ainsi qu'il le recommande lui-même, d'avoir, dans une connaissance exacte de cette échelle, un type auquel on puisse rapporter l'état inflammatoire dans les ouvertures de cadavres. Mais pour faire usage de ce type, et en retirer de véritables avantages, il faut mieux préciser qu'on ne l'a fait jusqu'ici, surtout pour la membrane muqueuse gastro-intestinale, ce qui appartient à l'état sain et ce qui dépend de l'état morbide.

Si on expose pendant quelque temps la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain au contact d'un air humide, si on la frotte avec un corps doux et incapable de se déchirer, comme une éponge, du linge fin; ou bien, si on projette de l'eau sur cette membrane à une certaine hauteur, sa couleur blanche-rosée acquiert un peu plus d'intensité. La macération, la décoction,

produisent un résultat tout-à-fait opposé. Par la macération, la membrane muqueuse gastro-intestinale pâlit: cette pâleur est toujours relative aux nuances que la couleur primitive présentait dans les diverses portions du tube digestif. Si on expose alors cette membrane à l'action d'une chaleur sèche, le tissu muqueux devient transparent par la dessiccation.

Si l'on plonge une partie quelconque de la membrane muqueuse gastro-intestinale saine dans l'eau bouillante, elle blanchit tout-à-coup. La membrane muqueuse de la partie inférieure du rectum, et celle de l'œsophage surtout, sont les parties qui présentent ce phénomène d'une manière plus marquée. Soumise à la décoction, la membrane muqueuse gastro-intestinale conserve toujours, comme par la macération, des nuances d'aspect qui indiquent ses différentes portions, quoique cette membrane soit partout continue et ne présente pas de véritable interruption.

L'aspect différent des diverses portions de la membrane muqueuse gastro-intestinale dépend de la texture de ses diverses portions, et de la manière dont le sang circule dans chacune d'elles.

La couleur des membranes muqueuses en général, et celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale en particulier, dans l'état sain, pendant la vie et après la mort, dépend-elle simplement de la présence du sang circulant dans les vaisseaux de ces membranes, ou bien, dépend-elle d'une combinaison de la partie colorante du sang avec le tissu muqueux ? Suivant Bichat « la couleur rouge du système muqueux ne dépend point essentiellement du sang circulant dans les petites artères de ce système ; elle tient *à la portion colorante du sang combiné avec le tissu muqueux*, surtout dans la profondeur des organes : car, à l'origine des surfaces muqueuses, cette couleur paraît avoir principalement pour cause le sang en

état de circulation. En effet, l'asphyxie ne rend pas aussi livides les surfaces muqueuses profondes, que celles qui sont superficielles et en communication avec la peau..... Dans les syncopes, on sait que cette portion du système muqueux blanchit tout-à-coup. » (*Anatomie générale*, tome IV, p. 463.)

Le professeur Béclard, au contraire, (ouvrage cité, p. 256) pense que la couleur des membranes muqueuses est, pour la plus grande partie au moins, due au sang qui circule dans leur épaisseur. Nous pensons aussi que la couleur rosée des membranes muqueuses, et celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale en particulier, dans la vie comme après la mort, et dans l'état sain, dépend essentiellement du sang qui circule dans leur épaisseur, soit à l'origine des membranes muqueuses, soit dans les parties de ces membranes situées profondément.

La rougeur de ces membranes ne dépend de la combinaison de la portion colorante du sang avec le tissu muqueux, que lorsqu'il y a inflammation véritable, et alors, comme nous le dirons ci-après, non seulement la couleur rouge ne disparaît pas par la macération, mais encore elle résiste à la décoction lorsque l'inflammation a duré longtemps.

S'il est vrai que l'asphyxie ne rend pas aussi livides les surfaces muqueuses profondes, que celles qui sont superficielles et en communication avec la peau; si dans les syncopes, cette portion du système muqueux blanchit tout-à-coup; cela tient à la distribution différente des vaisseaux sanguins dans les différentes portions du système muqueux, et à la manière dont ils se comportent dans le parenchyme des organes. C'est aussi par cette distribution différente des vaisseaux sanguins qu'on peut expliquer les degrés d'intensité de la couleur des diverses parties du système muqueux.

Je le repète donc, la couleur blanche ou rosée est celle

des membranes muqueuses dans l'état sain : elle est, par conséquent, la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Cette couleur pourra offrir quelques nuances dans son intensité ; mais jamais elle ne dépassera la couleur rosée sans sortir en même temps des limites de l'état sain.

Si on ajoute à ce caractère tiré de la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale, les caractères énumérés ci-dessus et relatifs à ses follicules, à ses villosités, etc., on aura un tableau complet des différens aspects que présente dans l'état sain la membrane muqueuse gastro-intestinale. Ces aspects divers ne sont pas nombreux; car l'état normal est presque toujours unique ; on sait qu'il n'en est pas de même des états anormaux ou morbides; ceux-ci présentent des variétés innombrables.

L'erreur que la plupart des anatomistes ont commise à l'égard de la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain, provient de ce qu'ils ignoraient les caractères anatomiques des différentes inflammations gastro-intestinales, et que, n'ayant presque toujours examiné que des estomacs et des intestins atteints d'inflammation, quoiqu'ils ne les regardassent pas comme tels, ils ont pris pour l'état naturel de ces viscères un véritable état pathologique.

(*La fin au prochain Numéro.*)

---

*Paralysie partielle de la face, provenant d'une lésion avec perte de substance du tronc du nerf facial; observation recueillie par M. Ch. Billard, ex-élève interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

La femme Bouillé, âgée de soixante ans, d'une taille petite et d'une faible constitution, portait à la région parotidienne du côté droit une tumeur abcédée depuis un

mois, survenue sans cause connue, mais après de longues souffrances dans cette partie, lorsqu'elle entra le 1.er mai à l'hôpital d'Angers. Cette plaie n'offrit de remarquable que l'abondance et la fétidité du pus qui s'en écoulait. La mâchoire inférieure était libre, et la face avait son expression naturelle. On appliqua des topiques émolliens sur la partie malade. A la fin de mai, la région parotidienne était déprimée, le pus coulait toujours en abondance, et on découvrait au fond de la plaie l'extrémité mastoïdienne du muscle digastrique. La malade présenta en outre les symptômes évidens d'une phthisie pulmonaire, tels que toux continuelle, crachats purulens, fièvre hectique quotidienne, sueurs abondantes, marasme progressif, pectoriloquie à la partie supérieure du poumon gauche. Dans le cours du mois de juin, on vit s'accroître les symptômes de la phthisie. L'amaigrissement devint extrême, et la région parotidienne s'enfonçait davantage à mesure que le pus s'écoulait. Ce pus était toujours fétide, assez épais, et devenait moins abondant que d'abord. Le premier juillet, l'état de la malade avait éprouvé des changemens notables. En effet, l'échancrure parotidienne était très-profonde; la plaie se trouvait au milieu d'un enfoncement borné antérieurement par la branche de la mâchoire inférieure, et postérieurement par le bord du sterno-mastoïdien. Cette plaie avait un demi-pouce de long sur quatre lignes de large; elle était alongée, ses bords rentrans durs et violacés, et le fond était comblé de fongosités rouges et saignantes, qui empêchaient alors de distinguer le ventre postérieur du muscle digastrique. Il s'écoulait une très-petite quantité de pus presqu'inodore. On soupçonna que la parotide avait fourni les matériaux de la suppuration abondante qui venait d'avoir lieu, et que le vide de l'échancrure parotidienne était le résultat de la désorganisation et de la disparition de cette glande. Pendant ce temps, l'affec-

tion pulmonaire faisait toujours des ravages, et minait insensiblement les forces de la malade. Pendant ce temps aussi, on s'apercevait que sa figure prenait une expression toute particulière; le côté droit de la face était paralysé; les traits de ce côté n'avaient plus de mobilité. Cet état n'arriva pas tout-à-coup; ce fut dans les derniers jours de juin qu'on le remarqua pour la première fois; il devint progressivement plus marqué jusqu'au 1.er juillet, époque où la figure de la femme Bouillé offrait l'expression suivante :

1.° Le globe de l'œil du côté droit jouissait de toute sa mobilité, ainsi que la paupière supérieure; mais la paupière inférieure était tombante et renversée en dehors; la conjonctive qui la tapisse était devenue rouge et tuméfiée: cet œil était toujours larmoyant.

2.° Le nez était tiré à gauche; l'ouverture nasale du côté droit était rétrécie, tandis que celle du côté gauche se trouvait dilatée par la contraction libre des muscles de ce côté de la face.

3.° La bouche présentait surtout une déviation remarquable. La commissure des lèvres du côté droit était pendante et dirigée vers la partie inférieure de la face, tandis que celle du côté gauche était tiraillée en haut et à gauche; il en résultait que le milieu de la bouche n'occupait plus la ligne médiane de la face, et que le grand diamètre de l'ouverture buccale était oblique de bas en haut et de gauche à droite. L'os maxillaire inférieur n'avait subi aucun déplacement; la langue était aisément tirée en dehors, et ne se déviait ni à droite ni à gauche en sortant de la bouche.

Quand la malade parlait, quand elle riait, et surtout dans l'action de bâiller, sa physionomie prenait l'expression la plus bizarre; la face était, du côté droit, immobile et morte, tandis que l'action musculaire du côté gauche, fort développée, donnait à cette partie de la face

une mobilité remarquable. Dans l'action de parler, on voyait le buccinateur du côté malade s'enfler et se désenfler alternativement comme les parois d'un soufflet. Durant le sommeil, la paupière supérieure était abaissée sur l'œil, tandis que l'inférieure était toujours tombante et renversée. Lorsqu'on pinçait la peau du côté droit, on y déterminait de la douleur ; la sensibilité de cette partie du visage était même assez développée, pour que le tiraillement des emplâtres agglutinatifs, qu'on employait au pansement de la plaie, causât quelque douleur à la malade. J'ai parfois tiré légèrement quelques poils qui ombrageaient la lèvre supérieure, tandis que la malade dormait : celle-ci s'éveillait en sursaut et m'adressait des reproches.

En considérant que la femme Bouillé portait toujours du côté gauche de la bouche les alimens qu'elle voulait soumettre à la mastication, bien que le mouvement de la mâchoire inférieure fût aussi libre du côté droit que du côté gauche, j'ai pensé que la contraction des muscles masticateurs, voisins de la partie ulcérée, était douloureuse, et que c'était la raison pour laquelle la malade avait choisi le côté gauche pour la mastication.

Tel fut l'état de notre malade pendant le mois de juillet, à la fin duquel la plaie était guérie. Les bords en étaient durs et semblables à ceux d'un ulcère scrofuleux cicatrisé. Il existait entre la branche montante de l'os maxillaire et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, un vide assez profond pour y loger le pouce. Malgré cette amélioration de la plaie, la malade tombait dans le marasme ; elle toussait beaucoup et crachait du pus en abondance. Enfin elle succomba au progrès toujours croissant de sa phthisie, le 30 juillet 1824. J'assistai à ses derniers instans. La respiration était convulsive ; les deux yeux fort agités dans leurs orbites ; les muscles du côté gauche de la face se contractaient avec force, tandis que ceux du

côté droit restaient dans l'immobilité. Ce défaut de concordance dans l'action musculaire, et le tiraillement convulsif de la bouche et des narines vers le côté gauche, donnaient à la figure de cette femme une expression effrayante.

L'ouverture du cadavre fut faite seize heures après la mort. — L'extérieur du cadavre n'était remarquable que par une maigreur extrême.

*Tête.*— La substance cérébrale était saine, les veines de la périphérie de l'organe étaient très-engorgées, il y avait beaucoup de sérosité dans les ventricules. On coupa les origines des nerfs avec ménagement.

*Face.* (région parotidienne du côté droit.)—A l'extérieur, cette région présentait l'excavation indiquée plus haut. La peau était très-adhérente aux parties sous-jacentes, les bords cicatrisés de la plaie étaient durs. La peau ayant été disséquée, on trouva l'échancrure parotidienne vide, aucunes portions de la parotide ne s'y montraient dans l'état naturel; mais à la partie moyenne du masséter, ainsi qu'au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, on trouvait quelques vestiges endurcis de cette glande. Au fond de l'échancrure, se voyait l'artère carotide externe et les divisions qui en partent. Ces artères étaient environnées par quelques granulations rougeâtres, dures, squirrheuses, et qui semblaient être des vestiges de la parotide. Le digastrique était encore assez reconnaissable; mais les muscles qui s'attachent à l'apophyse styloïde étaient confondus dans une masse lardacée, de manière qu'il était impossible de les distinguer entr'eux à leur insertion styloïdienne. On trouvait non loin d'eux la veine jugulaire externe restée intacte, et située plus en dehors et plus en avant vers l'angle de la mâchoire inférieure. Derrière cette masse lardacée, on trouvait dans l'état sain, la veine jugulaire interne, le ganglion cervical supérieur du grand sympathique et l'artère caro-

tide interne; le tissu cellulaire qui les environnait n'avait subi aucune altération.

En cherchant à découvrir le tronc de la septième paire et ses premières divisions, on trouva, 1.° au sommet de l'échancrure parotidienne, le rameau auriculaire postérieur; il rampait comme à l'ordinaire à la partie extérieure de l'apophyse mastoïdienne et derrière le pavillon de l'oreille; mais il ne fut pas possible de trouver son point d'insertion au tronc du nerf facial. Les autres divisions de ce nerf, telles que celles qui vont au digastrique et aux muscles de l'apophyse styloïde n'étaient plus reconnaissables. 2.° A l'extrémité inférieure de l'échancrure parotidienne, on voyait le tronc du nerf spinal qui était interrompu au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

3.° Au milieu des restes de la parotide qui se rencontraient au tiers inférieur de la face externe du masséter, je découvris le tronc du nerf facial; son extrémité était comme effilée, et adhérait immédiatement au masséter. Il se divisait ensuite en deux branches, une inférieure et l'autre supérieure. Ces deux branches fournissaient les rameaux accoutumés, lesquels se rendaient sans interruption à la région temporale, aux paupières, aux ailes du nez, aux muscles de la région malaire et de la fosse canine, ainsi qu'à l'orbiculaire des lèvres. Nul d'entr'eux n'avait souffert d'altération, ils étaient d'une blancheur éclatante. Les muscles de la face n'étaient point atrophiés. 4.° Les rameaux nerveux appartenant à la cinquième paire, et sortant comme à l'ordinaire, par le trou sous-orbitaire, formaient leur plexus accoutumé dans la fosse canine et présentaient un état d'intégrité aussi parfait que celui des rameaux du nerf facial. 5.° Je disséquai la portion dure de la septième paire à travers le rocher; elle se montra saine jusqu'à sa sortie par le trou stylo-mastoïdien; là commençait son interruption,

de sorte qu'il manquait au nerf facial une portion de son tronc d'une longueur égale à la largeur de l'échancrure parotidienne.

*Poitrine.* — Le cœur et le poumon gauche étaient sains ; mais le poumon droit était farci de tubercules : une caverne purulente communiquant avec les bronches, assez grande pour loger un œuf de pigeon, occupait le lobe supérieur. *L'abdomen* ne présenta rien de particulier.

J'ai recueilli ces faits tandis que la malade était soumise au soins de M. le docteur Garnier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Cette observation me paraît très-propre à confirmer le résultat des recherches de Ch. Bell sur le nerf facial ; elle est fort analogue aux observations rapportées par M. Shaw, dans lesquelles la paralysie partielle de la face correspondait à une lésion probable du nerf facial. Ici la lésion est plus que probable, puisque l'autopsie cadavérique nous a permis de constater une interruption dans la continuité du tronc du nerf, d'un pouce environ. Nous avons remarqué, chez le sujet de notre observation, comme dans les expériences de Bell et les observations de M. Shaw, la perte du mouvement et la conservation de la sensibilité. Mais il est un point essentiel à noter ici, c'est le mouvement parfait dont la paupière supérieure du côté malade n'a cessé de jouir. Ce fait est en contradiction avec ce que l'on a observé dans tous les cas de paralysie partielle de la face, ayant pour cause l'altération du nerf facial ; en effet, dans les expériences de Ch. Bell, dans l'observation rapportée par M. Shaw, de cette jeune fille affectée de paralysie de la face, et sur l'œil de laquelle les paupières ne pouvaient s'abaisser même à l'approche ou au contact de la main ou d'un corps étranger sur l'œil ; dans l'observation de l'individu sur lequel M. le professeur Béclard pratiqua l'extraction de la parotide (*voy.* tom. 4, pag. 60 de ce

Journal), opération qui fut suivie de l'immobilité des muscles de la face du côté opéré, et notamment des paupières, nous remarquons qu'il y avait toujours paralysie des paupières supérieure et inférieure, tandis que chez le sujet de l'observation que nous venons de rapporter, la paupière supérieure a joui de toute l'étendue de ses mouvemens. Cette circonstance est importante à noter, mais le fait par lui-même nous paraît inexplicable.

Nous avons eu plusieurs fois occasion d'observer à l'hôpital d'Angers des paralysies partielles et passagères de la face, ayant probablement pour cause une affection plus ou moins profonde du nerf facial; M. Guépin, médecin très-distingué d'Angers, en possède plusieurs exemples remarquables, mais aucun ne nous a paru plus intéressant que celui-ci: Perette Chollet, âgée de trente-ans, très-petite et très-faible, éprouva dans le mois de décembre 1821, un érysipèle phlegmoneux qui se développa à la face et au cuir chevelu huit jours après un accouchement. Il survint du délire pendant quelques jours, au bout desquels l'inflammation s'appaisa. La malade sentit alors de violentes douleurs pulsatives dans la région mastoïdienne du côté droit; il n'y eut qu'une surdité passagère; il survint un écoulement purulent par l'oreille, et à cette époque Perette Cholet s'aperçut qu'elle avait une déviation très-marquée de la bouche dont la commissure gauche était tirée en haut. L'œil du côté droit resta presque tout ouvert, et la lèvre supérieure ainsi que les ailes du nez étaient également tirées du côté gauche. Aucune autre partie du corps ne fut paralysée; la peau du visage conservait autant de sensibilité du côté gauche que du côté droit. L'écoulement de l'oreille cessa au bout d'un mois environ. Depuis ce temps, cette femme a conservé cette altération de la physionomie, malgré les moyens thérapeutiques fréquemment mis en usage pour la combattre. Elle a,

depuis cette époque, contracté plusieurs fois la syphilis, ses membres ont été affectés de douleurs ostéocopes excessivement violentes, sans que la paralysie partielle de la face ait augmenté ni diminué. L'œil du côté malade est toujours mouillé de larmes, quoique les paupières aient recouvré une partie de leur mouvement. Lorsque la fille Chollet reste tranquille et n'est affectée d'aucune émotion, son visage paraît assez régulier, mais la déviation des lèvres devient apparente dès que la bouche s'entrouvre pour rire, parler, ou bailler. Si l'on en croit l'aveu de la malade, cette difformité diminue peu-à-peu depuis quelque temps, mais nous pensons que si elle est actuellement moins apparente que dans le principe, cela provient du soin que cette femme prend, en parlant, de réprimer l'entraînement de ses lèvres, ce dont on s'aperçoit aisément lorsqu'on l'observe parler.

---

*Nouvelle méthode de disséquer le cerveau et d'étudier ses fonctions d'après sa structure; par M.* Laurencet, *de Lyon; Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine.*

Aucune partie de la science anatomique ne nous présente une enfance aussi prolongée que l'étude du système nerveux. M. Cuvier a dit: « Démocrite, Anaxagoras disséquaient le cerveau il y a près de trois mille ans. Haller, Vicq-d'Azyr et vingt anatomistes vivans l'ont disséqué de nos jours. Mais chose admirable! Il n'en est aucun qui n'ait encore laissé des découvertes à ses successeurs. » L'on se demande encore qui nous donnera une bonne dissection de l'organe cérébral. La science resta long-temps stationnaire, à cause du préjugé qui défendait d'ouvrir les cadavres humains. L'on ne raisonnait du système nerveux de l'homme que d'après celui des animaux,

et comment avec de telles données était-il possible de s'élever à la vérité, quand on n'a pu la dévoiler dans les âges suivans où cet obstacle fut levé? Cette époque est tout-à-fait le premier berceau de l'anatomie; il en resta à peine quelques notions utiles aux époques suivantes qu'on peut distinguer en deux principales; celle qui régna jusqu'à Haller, et la période qui s'ouvrit à lui et qui s'étend jusqu'à ce jour.

Dans la première, le cerveau et ses dépendances furent décrits comme un sauvage de l'Amérique pourrait décrire une montre que l'on mettrait en ses mains sans aucune notion préalable. Il la démonterait, séparerait tous les rouages et les appellerait du nom des objets les plus connus auxquels il pourrait les comparer. La théologie régnait alors à la place de la physiologie, et avec elle toutes les hypothèses dont cette science est susceptible. Au lieu d'analyser les fonctions des sens on s'occupa de chercher le siège de l'âme: plusieurs parties furent déterminées pour être le palais d'un être immatériel, et cette absurdité occupa des philosophes dont sur d'autres points nous admirons encore aujourd'hui le génie.

Haller enfin ouvrit une autre ère pour l'étude du système nerveux; la partie descriptive, qui jusque là n'avait été qu'une étude topographique, en quelque sorte, prit un nouvel intérêt; l'irritabilité fut établie, et tous ses différens phénomènes observés avec soin. L'on sentit que la nature morte ne pouvait nous répondre entièrement; elle fut interrogée vivante et elle se fit comprendre, en effet, quoiqu'un savant ait prétendu « Que les expériences cruelles que l'on fait chaque jour sur les bêtes pour découvrir les correspondances sécrètes de la nature ne font qu'y jeter de plus grands voiles; car leurs muscles contractés par la frayeur et la douleur dérangent le cours des esprits animaux, accélèrent la vîtesse du sang, font entrer les nerfs en convulsions et

sont bien plus propres à déranger l'économie animale qu'à la développer. Ces moyens barbares de notre physique moderne ont une influence encore plus funeste sur le moral de ceux qui les emploient, car ils leur inspirent, avec de fausses lumières, le plus atroce des vices, qui est la cruauté. S'il est permis à l'homme d'interroger la nature dans les opérations qu'elle nous cache, j'y croirais le plaisir bien plus propre que la douleur; ( Bernardin de Saint-Pierre, *Etudes de la nature*). » L'auteur des Etudes de la nature a eu raison jusqu'à un certain point. La plupart du temps on n'obtint pas de véritables effets physiologiques de ces vivisections. Cependant il en est résulté plusieurs découvertes importantes et qui sont la base de la physiologie. Comment, par exemple, aurait-on découvert que le mouvement et le sentiment circulent en sens inverse, que l'un va du centre à la périphérie, et l'autre de la périphérie au centre? Découverte précieuse sur laquelle repose peut-être toute la physiologie, et d'où découle peut-être tout l'intérêt anatomique du système nerveux. Zinn, Zimmerman, Lory, laissèrent une foule de travaux très-intéressans dans le même genre.

Bichat vint ensuite, perfectionna et poussa bien plus loin encore ce genre d'explorations. Regrettons que cet illustre anatomiste ait été enlevé prématurément à la science. Tout occupé de son beau travail sur les membranes, il ne nous laissa du cerveau qu'une description où toutes les parties sont décrites d'une manière détachée, sans liaison, sans ensemble; il a vu seulement de plus que ses devanciers le prolongement interne de l'arachnoïde par la fente qui porte son nom. Il avança réellement la connaissance du nerf grand sympathique, il organisa l'étude de ce système, presque telle qu'elle existe aujourd'hui, à part quelques ganglions que l'on a découverts depuis dans la tête. L'existence indépendante de ce système, du moins quant à son origine, du système cérébro-spinal,

fut proclamée par lui le premier ; elle s'est maintenue. Plusieurs auteurs ont érigé depuis lors de nouvelles théories plus ou moins hypothétiques sur les usages et la structure des ganglions ; mais on peut dire en général, que ces recherches n'ont pas été très-fécondes en grands résultats. Les nerfs de la nutrition ne paraissent avoir d'autres centres que les ganglions dont ils sont formés. Bichat les considéra, et tous les anatomistes les ont considérés depuis, comme autant de petits cerveaux. Par une extension abusive, on voulut appliquer cette théorie au système de la vie animale, et si le génie original d'observation de M. Gall ne lui avait pas suffi, je croirais que c'est là la source de la doctrine organologique ainsi que du système des ganglions de quelques autres auteurs. Toutefois il y a cela de singulier dans la méthode anatomique de M. Gall, qu'avec des idées préconçues, il a été conduit à une manière de disséquer l'encéphale, dont il semble qu'il devait découler des inductions toutes contraires à ces idées mêmes. Et s'il n'a pas saisi la continuité de la substance nerveuse et sa réflexion, on ne saurait vraiment l'attribuer à une autre cause qu'à sa prévention sur la multiplicité des organes. Il ne suivit point le fil heureux que le hasard avait mis dans sa main, parce qu'il avait moins créé son système sur sa méthode, que celle-ci n'avait été créée pour son système. Il est probable même que si l'on ne rendit pas sur-le-champ à son ouvrage la justice qui lui est due sous le rapport anatomique, c'est qu'une physiologie indiscrète, pour ne rien dire de plus, fit partager à la partie la plus honorable de ses travaux la défaveur qui était due à sa doctrine. En effet, cette méthode est vraiment satisfaisante, parce qu'elle présente une connexion de toutes les parties de l'encéphale basée sur la direction des fibres ; j'ose même assurer que l'on ne fera jamais rien de bon sur l'encéphale sans commencer comme M. Gall. L'on

ne fera mieux qu'en allant plus loin que cet auteur, mais toujours d'après ses erremens. ( Je n'entends pas cependant par-là dire qu'il faille râcler le cerveau par la base). L'on ouvrirait tous les fœtus de l'univers, l'on regarderait tous les rudimens possibles de tous les cerveaux, depuis la simple mucosité qui remplit les vésicules originaires de l'encéphale, la fibre nerveuse se développerait dans vingt points différens, sous les diverses influences du système sanguin ; tout cela, ce me semble, n'empêcherait pas que les parties qui d'un point se portent vers un autre à la rencontre de celles auxquelles elles doivent faire suite, ne constituent avec ces dernières, quand une fois elles s'y sont réunies, une chaîne bien continue. C'est certainement un mérite de suivre ce développement dans les embryons ; mais c'en est un tout différent de l'avoir saisi dans l'adulte. Après tout, il ne faut pas trop généraliser une idée si l'on désire rester dans de justes bornes et n'en tirer que des argumens solides ; nous verrons que la névrogénésie elle-même favorise le déroulement du cerveau que nous allons établir. D'ailleurs on ne saurait conclure rigoureusement du développement successif des parties, puisqu'au moment déterminé par la nature pour qu'il entre en fonction, le cerveau est déjà formé de toutes celles qui doivent le constituer ; elles sont moins parfaites, il est vrai, mais leur perfectionnement continue de s'achever, et leurs fonctions de s'exercer avec plus d'énergie. Si donc la nature ne fait mouvoir la machine qu'après qu'elle est parfaite, que tous les rouages dont elle se compose sont adaptés et engrenés, quel but pouvons nous lui supposer à former telle ou telle partie antérieurement à telle autre ?

C'est vraiment suivant la direction des fibres des pédoncules qu'il convient de disséquer le cerveau ; avec cette marche on peut aller loin. J'y ai plutôt ajouté que changé ;

toutefois je ne râcle point le cerveau par la base, comme M. Gall; l'on verra que j'ai une autre manière de faire ressortir la direction des stries ou des cannelures. Si l'on a pu faire mieux que M. Gall, il aura toujours la gloire d'avoir enseigné le premier la manière de bien faire. L'anatomie lui devra toujours beaucoup pour avoir fixé la nature de la substance encéphalique; elle est réellement fibreuse; le mot filamenteuse serait peut-être préférable, car elle n'appartient pas au système périostal, mais l'usage a consacré la première expression. Quoi-qu'il en soit, il est sûr que, sous l'influence de certains réactifs, la dissolution mercurielle, par exemple, la substance vasculaire tombe en poussière, et la blanche, au contraire, laisse apercevoir une matière soyeuse qui ne se détache que brins par brins.

M. Gall a fait jouer un trop grand rôle à la matière grise, en lui attribuant beaucoup trop de propriétés. Il la considère comme essentiellement sensible et irritable; tandis qu'il est évident qu'elle ne jouit virtuellement en soi ni de l'irritabilité ni de la sensibilité nerveuse, mais seulement en raison de ses rapports avec la substance blanche.

MM. Foville et Grandchamp-Pinel avaient émis des principes semblables, lorsqu'ils firent de cette même substance le siége de la pensée. L'examen de cerveaux a démontré que ces phénomènes étaient dus à l'inflammation des méninges, qui se trouvent cependant moins en communication avec la substance grise qu'avec la blanche, comme je le ferai voir dans mon second Mémoire.

La théorie du renforcement de la substance blanche par de nouveaux filets issus de la grise n'a plus besoin d'être combattue; à peine compte-t-elle quelques partisans aujourd'hui : la névrogénésie en a fait justice. D'ailleurs, lorsqu'on suit avec quelques soins les origines des nerfs dans l'intérieur des prétendus ganglions, on voit que

cette matière vasculaire est seulement interposée aux filets nerveux qui sont toujours continus aux faisceaux d'où ils émanent, et, quand on dit que la substance vasculaire en est la matrice, cela ne doit s'entendre que dans ce sens que le sang parvient par elle en vaisseaux infiniment ténus à la substance blanche, et que c'est dans la substance grise que s'opèrent les phénomènes de la nutrition.

M. Magendie prétend que les animaux dont il perforait en long la moelle épinière ne donnaient pas les signes d'une aussi grande douleur que lorsqu'il irritait la surface du même cordon nerveux; on a tiré de là cette conclusion, que le fluide nerveux (s'il en existe un) était comme l'électricité, qu'il courait à la surface des nerfs ses conducteurs. Mais pourquoi recourir à l'imagination pour interpréter un phénomène dont la raison seule nous fournit l'explication? C'est que la substance blanche est seule sensible.

La théorie de M. Gall au sujet des fibres rentrantes n'est pas plus vraie : il représente les fibres des pyramides antérieures s'épanouissant à travers le corps strié à la manière d'une houppe; mais pour voir la fausseté de cette théorie, il ne fallait que diriger une coupe longitudinale sur l'épaisseur d'un hémisphère, de manière à en séparer les deux tiers externes; on aperçoit alors un ovale de substance grise, partagé obliquement par une raie blanche transversale; ce sont les deux portions du corps strié, par le milieu desquels passe le réseau applati des cannelures, qui sont dues à l'épanouissement des fibres des pédoncules, en forme d'éventail, mais non point à la manière d'une houppe.

Il explique aussi les circonvolutions d'une manière forcée. Selon lui, elles sont formées par l'accolement des faisceaux sortis des pédoncules, et unis deux à deux par du tissu cellulaire. Il en donne pour raison, que, par l'effet de certaines préparations, une tranche de ces circonvolutions se fend sur la ligne médiane; mais l'on

verra, dans mon second Mémoire, que cet effet est dû à la présence de l'arachnoïde interne; l'inspection du fœtus prouve que les irradiations optiques forment une membrane dont les circonvolutions ne sont que des fronçures. Que peut-on trouver, d'ailleurs, qui ressemble mieux aux plis d'une étoffe? Si nous consultons l'ouvrage de M. Tiedemann, nous voyons qu'à l'instant où ces fronçures s'organisent, leurs périphéries internes dessinent des espèces d'ondulations à la concavité des hémisphères, et à mesure que la membrane s'amplifie, ces sinuosités se creusent davantage.

Je me suis cru obligé d'entrer dans tous ces détails, pour faire ressortir le vice du déplissement, en lequel M. Gall fait consister sa méthode, qui se réduit à étendre la substance cérébrale en une nappe ressemblant à un placenta. Ce serait plus naturel de la manière dont nous entendons la chose, puisque nous ne ferions qu'effacer, qu'écraser, en quelque façon, les plis d'une étoffe; au lieu que, d'après cet anatomiste, il faut rompre par leur base les faisceaux à l'accolement desquels il les attribue; mais je ne conseille jamais de l'opérer qu'en idée, parce que le tiraillement que cela fait éprouver à la substance la désorganise. L'on a prétendu que le moyen que je proposais était le même que ce déplissement; on est si généralement imbu de cette manipulation (car je n'ose pas me servir du mot de dissection), qu'il ne semble pas que l'on puisse opérer différemment. J'ai peine à concevoir que l'on ait tant fait de cas d'un procédé dont le résultat le plus évident est de réduire le cerveau en un magma, je dirais presque en une bouillie, et qui, au lieu de faire suivre les plicatures de la membrane, met dans l'impossibilité de les recomposer.

D'autres anatomistes, conduits par des conséquences tirées du nerf grand sympathique et de l'organisation des encéphales dans plusieurs classes d'animaux inférieurs, ont

traité des fonctions des sens d'après les mêmes bases que M. Gall avait établies pour les fonctions intellectuelles; tout le système nerveux ne serait qu'un grouppe de ganglions dont chacun préside à une fonction différente; deux de ces ganglions, le cerveau et le cervelet, sont particulièrement chargés des fonctions de l'intelligence; dans ce cas, ils constituent des appareils par eux-mêmes, et ne communiquent avec aucun appareil extérieur : tous ces ganglions communiquent les uns avec les autres, et de plus avec le ganglion central ou commun, pour établir la vie générale. Ce système semblait appuyé par les expériences de M. Bell, qui a paralysé successivement les divers modes de sensibilité d'un même organe, en coupant les différens nerfs qui s'y rendent.

Mais une conséquence comme celle-là n'était pas rigoureuse; rien n'empêche de croire que chaque nerf puisse, quoique parti d'une même source, recevoir le genre de sensibilité qui lui est particulier de l'organe ou de la partie de l'organe à laquelle il est destiné.

Remarquons encore que la transmission des impressions se fait en sens inverse de celle du mouvement, c'est-à-dire du bas en haut, au-dessus de la partie impressionnée, tandis que le principe du mouvement circule, au contraire, du centre à la circonférence. Tout cela ne porte-t-il pas à penser qu'il y a quelqu'analogie entre la circulation sanguine et la manière dont se passent les phénomènes nerveux? Telle est l'idée d'après laquelle j'ai considéré l'appareil sensitif, et ma dissection y conduit naturellement. Je l'envisage, ainsi que le système sanguin, comme composé de deux arbres adossés par leurs racines dans l'encéphale, et par leurs troncs le long du rachis, absolument comme Bichat représente les deux arbres vasculaires à sang rouge et à sang noir, dans son Anatomie générale; l'un d'eux envoie ses branches dans l'encéphale, et l'autre dans toutes les parties. Avec cette analogie, il

existe aussi des différences qu'il serait trop long de signaler ici.

Tout le système nerveux, composé de substance grise, vasculaire ou blanche, marche sous deux types, savoir : en faisceaux et en membranes ; ces deux types présentent chacun les caractères suivans : dans les faisceaux, la substance grise est interne ; dans les membranes, c'est au contraire la blanche qui est recouverte par la grise : les faisceaux seuls fournissent des nerfs, et jamais les expansions membraneuses. Sous ce dernier type, la substance nerveuse est toujours repliée sur elle-même, et froncée comme dans le cerveau et le cervelet. Dans le premier de ces organes, elle est de plus remarquable en ce que ses plicatures donnent lieu à des sinus ou cavités.

Le but physiologique de cette dissection sera de démontrer que les nerfs du sentiment et du mouvement qui sont adossés dans le rachis sous forme de faisceaux, le sont aussi sous forme de membrane dans l'encéphale ; que ces deux appareils, composés chacun d'une foule de renflemens et d'inégalités, ne forment qu'un seul tout continu dans toutes ses parties ; qu'il existe une ligne de démarcation entre les parties qui appartiennent au sentiment et celles qui appartiennent au mouvement, bien qu'elles soient unies et fassent suite l'une à l'autre.

Le cerveau et le cervelet, ainsi que la moelle alongée, appartiennent à l'encéphale. Si j'avais décrit premièrement les faisceaux, je n'aurais pu m'arrêter sans parcourir en entier le cercle que j'ai dit que le système nerveux décrivait. Des raisons particulières m'ayant forcé de diviser mon travail, j'ai commencé par l'anse nerveuse que simulent les deux renflemens membraneux du cerveau et du cervelet ; tel est le sujet de ce premier Mémoire ; en voici le résumé succinct :

Ce procédé, aussi simple que facile, consiste à défaire les plicatures du cerveau en incisant la membrane ner-

veuse dont il est formé, dans les parois latérales des sinus qui les indiquent. Ces incisions sont au nombre de deux: la première a lieu dans la direction longitudinale des fibres, et ne fait que les diviser dans leur sens; la seconde opère une solution de continuité réelle, mais seulement partielle, des fibres qu'elle coupe transversalement; mais, fût-elle entière, le renflement cérébral resterait dans son intégrité, parce que l'interruption n'a lieu que sur l'origine du réseau dont il provient, et aucun lambeau n'en est détaché. Voici la manière de s'y prendre:

Posez le cerveau sur sa face convexe, sa petite pointe vous regardant; détachez le lobe moyen de la surface du pédoncule, en passant le scalpel entre deux; prolongez cette incision tout le long du sillon externe de Sylvius, et dans toute l'épaisseur de la paroi membraneuse; faites la même chose des deux côtés; renversez ensuite, l'un au-dessus de l'autre, ces deux lobes au-dessous du cervelet et de la protubérance que vous soulevez. Par cette incision vous avez ouvert les deux feuillets entre lesquels se trouvent logées la partie inférieure et la partie postérieure du ventricule latéral. On croirait d'abord que cette incision est artificielle, et cependant elle ne l'est point, ou du moins dans la majeure partie de son étendue. Quoique la membrane du lobe moyen ne fasse qu'une avec celle du lobe antérieur, les fibres qui les forment l'une et l'autre n'ont point la même origine, et l'union des lobes dans ce point est due à l'épanouissement de la commissure du ventricule moyen qui ressort dans le sillon de Sylvius. En effet, lorsqu'on examine la surface de la section, on aperçoit un disque blanc, oblong, bien détaché; si l'on passe dessus le scalpel, d'arrière en avant, ses fibres se rebroussent évidemment, parce qu'elles procèdent d'avant en arrière.

Pour pratiquer la seconde incision, soulevez le cervelet et la protubérance; coupez la membrane vasculaire dont

les vaisseaux gênent la disjonction ; incisez dans les parois latérales du lobe antérieur, en suivant la trace d'un petit sillon qui semble faire suite au sillon externe de Sylvius, en procédant d'arrière en avant, au-dessous de la partie postérieure de la couche optique, et en ayant soin de ne pas offenser le corps strié dont le scalpel rase la surface. Soulevez doucement les parties qui forment la base du cerveau et occupent les trois fosses de la base du crâne ; coupez les piliers antérieurs de la voûte que vous apercevez au-dessous de ces parties, puis renversez-les en devant. Vous avez ainsi ouvert le sinus dans lequel était logée la portion supérieure du ventricule latéral ; alors la membrane encéphalique qui était pliée en cinq ne l'est plus qu'en deux doubles ; mais il n'est pas besoin de défaire celui-là pour en juger ; alors aussi toute la superficie de l'organe est étendue sur la table sur laquelle vous opérez, et tout l'intérieur est développé à vos yeux.

Ainsi déployée, la membrane cérébrale nous offre à examiner d'avant en arrière, sur la ligne médiane : 1.° le cervelet, les tubercules quadrijumeaux auxquels nous allons revenir ; 2.° les couches optiques, gros tubercules ovalaires ; 3.° les corps striés, éminences piriformes dont la grosse extrémité est en arrière dans la position où sont les objets ; 4.° le ventricule moyen résultant de leur écartement et de celui des couches optiques ; 5.° en avant et en arrière, ses commissures sur lesquelles nous reviendrons ; 6.° les piliers antérieurs du trigone ; 7.° le trigone lui-même, situé au-dessus du corps calleux. Au-delà il n'existe plus de commissures sur la ligne médiane, sans doute parce que cette portion de la membrane étant longitudinale, ses fibres ne peuvent pas se conjuguer avec celles de l'opposée.

On aperçoit de chaque côté, savoir : 1.° en dehors des corps striés et des couches optiques, une bande blanche : c'est l'origine des membranes formées par l'irradiation des

fibres du pédoncule; ces irradiations se font en manière d'éventail; elles sont par conséquent dans trois directions différentes, les unes antérieures, longitudinales et un peu obliques, forment le lobe antérieur et le repli antérieur du corps calleux; les moyennes, transversales, forment, en se repliant de dehors en dedans, les hémisphères et le corps calleux en se conjuguant sur la ligne médiane. Les postérieures sont entièrement longitudinales; cette portion ne se conjugue pas avec l'opposée, mais chacune des extrémités de la membrane bifurquée se contourne de dehors en dedans et au-dessus d'elle-même. Ce contour donne lieu à la cavité digitale et au lobe postérieur qui la renferme; après cela, les membranes se doublent sur elles-mêmes en convergeant l'une vers l'autre, en sorte que le feuillet supérieur du repli qu'elles forment, au lieu d'être parallèle au feuillet subjacent, devient d'autant plus interne qu'il s'éloigne davantage de l'angle de réflexion. Au niveau de l'échancrure postérieure, les membranes convergentes se joignent et s'adossent pour former le trigone dont voici le mécanisme : chaque extrémité de la membrane bifurquée représente un ruban blanc quadrilatère; une diagonale, partie de l'angle externe, le divise en quatre triangles rectangles; les deux internes se relèvent verticalement et s'adossent; c'est la cloison du *septum lucidum*, qui se fixe au corps calleux; les deux externes demeurent horizontaux et forment le trigone; les deux lames de celui-ci, arrivées au ventricule moyen, se résolvent en deux petits cordons de deux à trois lignes de long. Ces deux piliers se subdivisent chacun en deux petits faisceaux, dont l'un supérieur remonte sur la couche optique et forme un réseau blanc qui recouvre cette tubérosité; un repli interne de ce réseau couronne le bord supérieur de la face ventriculaire de la couche optique, et se rend en arrière pour former avec l'opposé la commissure postérieure et la paire antérieure

des tubercules quadrijumeaux. Au côté externe, il forme sur lui-même un renversement auquel est due la bandelette cornée qui contourne la protubérance en dehors et vient former avec l'opposée la paire postérieure des tubercules quadrijumeaux.

La division inférieure s'attache aux tubercules mammillaires, et de-là remonte dans la couche optique jusqu'à sa surface, où elle ressort au-dessous de la bandelette cornée, pour faire partie, soit de cette bandelette, soit du réseau qui recouvre la couche optique et se prolonge à la base des tubercules quadrijumeaux.

De ces dernières éminences naissent les corps rétiformes, encore nommés *processus cerebelli ad testes*, et que j'appelle au contraire *processus testium ad cerebellum*, parce que selon moi ils tendent vers cet organe au lieu d'en provenir. C'est à l'épanouissement de ces faisceaux, que la valvule de Vieussens unit entre eux, qu'est dû le cervelet. Pour en concevoir le mécanisme, prenez deux feuilles de papier en losange, l'une blanche interne et l'autre de couleur, que vous appliquez en dehors de la première; plissez-les d'abord en plis très-fins, puis pliez-les en plis beaucoup plus larges et alternatifs comme une compresse graduée; arquez ensuite cette membrane ainsi plissée et pliée de haut en bas, de manière que ses deux extrémités se touchent au-dessus du quatrième ventricule, vous aurez les vermiculaires supérieur et inférieur : courbez également les deux extrémités transversales du losange d'arrière en avant, vous aurez la commissure du pont formant les pédoncules du cervelet. Cette commissure est due à la décussation d'une partie des extrémités transversales des circonvolutions du cervelet; la portion des fibres qui ne contourne pas la protubérance descend dans les faisceaux postérieurs, lesquels sont appliqués en arrière et en dehors de chacun des antérieurs, jusqu'à la queue de cheval.

Si l'on râcle d'arrière en avant le corps strié, l'on reconnaît que cette éminence est toute composée de substance grise corticale ; lorsqu'on approche de sa base, on rencontre une strie blanche : c'est la membrane interne de la circonvolution dont cette éminence est un appendice. Cette circonvolution provient de l'échancrure interlobaire, et se continue avec les circonvolutions de cette échancrure ; à ces dernières font suite celles de la base du cerveau, dont une portion semblable compose la partie inférieure du corps strié. C'est entre ces deux portions grises que passait la ligne oblique blanche dont nous avons parlé plus haut, en décrivant la méthode de M. Gall. Cette ligne blanche est due aux cannelures du corps strié ou cannelé qui en reçoit son nom : ce sont elles-mêmes que l'on voit, après avoir râclé l'éminence piriforme, se continuer au dehors dans les membranes, et en dedans jusqu'à la couche optique. Si l'on enlève celle-ci, en procédant de dehors en dedans, on parvient à la partie antérieure du pédoncule cérébral, où les cannelures se continuent.

En récapitulant, on voit que la membrane nerveuse, issue des pédoncules par son extrémité antérieure, se replie d'abord en dehors et en dessous pour former la partie inférieure du corps strié et les circonvolutions de la base du cerveau, dont une se retourne en dedans et vient faire saillie par l'échancrure interlobaire, sur la base de l'éventail. La membrane revient ensuite sur elle-même de dessous et de dehors, en haut et en dedans, pour former le lobe antérieur, les hémisphères et le corps calleux. La portion postérieure se replie en descendant en arrière dans la fosse occipitale jusqu'au devant de la fosse sus-orbitaire ; là elle se double encore de devant en arrière jusqu'au niveau de l'échancrure postérieure, où elle se refléchit une troisième fois d'arrière en avant, pour former le trigone dont nous avons suivi la terminaison. Le lobe postérieur, la corne d'Ammon et le cer-

velet, se développent précisément dans l'ordre de succession que j'indique. Il résulte de là que l'encéphale n'est autre chose que l'anse membraneuse dont les deux extrémités s'ajustent aux pyramides antérieures et postérieures. Si chacun des appareils, qui forme un bras de l'anse, jouit de propriétés physiologiques différentes de motilité et de sensibilité, ce que l'on nomme le centre nerveux ne serait autre chose que le point où les nerfs du sentiment s'anastomosent avec ceux du mouvement.

Quand vous avez ainsi examiné le cerveau dans tous ses replis, réappliquez les parties de la base que vous aviez renversées, et vous verrez que la couche optique et les éminences piriformes sont abouchées sur le trigone qui les recouvrirait si l'organe qui est ici renversé était dans sa position naturelle. Parallélisez également les lèvres de l'incision faite dans la membrane postérieure, et ramenez les lobes moyens sur la face du pédoncule. Les piliers de la voûte qui étaient tendus par le déploiement de l'organe, deviennent, grace à la laxité que leur donne ce pli, inférieurs et verticaux au plan du trigone qui reste horizontal : voilà pourquoi ceux qui ont disséqué le cerveau sans le déployer, ont donné à ces lames recourbées le nom de piliers postérieurs du trigone, dont elles paraissent en effet supporter la base. Enfin, les membranes bifurquées, étant pliées, laissent apercevoir une échancrure sur laquelle repose la face postérieure de la protubérance, qui convertit ainsi cette échancrure en une fente ovale; c'est celle de Bichat. Toutes ces plicatures se saisissent très-aisément à l'aide d'un simulacre de papier qui en donne l'idée la plus exacte, et dont on trouvera la gravure dans mon mémoire qui paraîtra incessamment. Il y aura deux autres planches où le cerveau sera peint dans la position où je le mets en le déployant.

Quand on a ainsi réappliqué les objets, on peut dire que l'on a vu tout le cerveau, et il ne semble pas avoir été touché.

*Mémoire sur la maladie vénérienne ; par M.* Richond, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, etc.* (III.me et dernier article.)

XXII.e *Obs. — Ulcères de la bouche, urétrite, consécutifs à un traitement mercuriel:* 36 *jours de traitement.*—Le nommé Tailleur, soldat dans le 4.e régiment d'artillerie à cheval, âgé de 26 ans, fut traité dans mes salles d'ulcères du prépuce, contre lesquels j'administrai 44 *doses de liqueur de Van-Swieten* et 22 *frictions.* Peu de jours après sa sortie de l'hôpital, il vit se manifester dans sa bouche de petites ulcérations qu'il entretint et augmenta à l'aide des gargarismes d'alun. Ces ulcérations firent des progrès, se multiplièrent et forcèrent enfin le malade à revenir à l'hôpital. A son entrée, la langue présentait vers sa pointe un ulcère blanc peu étendu ; la muqueuse palatine en présentait plusieurs de l'étendue d'une lentille, rouges sur leurs bords et blanchâtres au centre. Il y en avait, vers la face interne de la joue droite ; plusieurs placés les uns auprès des autres, formant dans leur ensemble un ulcère oblong, de l'étendue d'un pouce et demi, et déterminant des douleurs assez vives. Les amygdales étaient un peu engorgées. L'urétrite déterminait quelques douleurs au moment de l'émission des urines et pendant les érections, qui étaient plus fréquentes que dans l'état ordinaire (le malade n'avait pas vu de femmes depuis sa sortie de l'hôpital). Je prescrivis des boissons rafraîchissantes, des bains de verge fréquens dans une décoction de feuilles de jusquiame, des gargarismes adoucissans, et de plus six sangsues sur la muqueuse buccale, à un pouce de la commissure des lèvres, tout près et même sur les ulcères qui y siégeaient. Les douleurs furent totalement calmées; le lendemain une application de six sangsues fut faite sur la

verge ; les douleurs urétrales furent calmées et l'écoulement diminua. Deux jours après, une deuxième application y fut encore faite ; son effet fut encore plus marqué que celui de la première ; les douleurs furent totalement dissipées, et l'écoulement fut réduit à un léger suintement, qui se dissipa en quelques jours sans aucun autre moyen. On continua les émolliens sous forme de gargarismes, de vapeurs, de lotions, et par eux la cure des ulcères de la bouche s'effectua rapidement. Le malade était guéri le 12 janvier ; il sortit le 16.

XXIII.^e *Obs.* — *Ulcères de la verge et de la gorge consécutifs à un traitement mercuriel: 30 jours de traitement.* — Crasi, soldat dans le 40.^e régiment, âgé de vingt-quatre ans, fut traité dans mes salles d'ulcères à la verge, pour lesquels je lui fis prendre 35 *doses de liqueur de Van-Swiéten* et subir 20 *frictions mercurielles.* Peu de temps après sa sortie, sans s'être exposé à une nouvelle infection, il se manifesta une excoriation légère sur son prépuce, qui s'étendit graduellement, détermina de l'engorgement dans la partie et des douleurs assez vives ; de plus il se développa dans la gorge des ulcères qui déterminèrent des douleurs et beaucoup de gêne au moment de la déglutition. Il entra le 5 février 1823. Quand je l'examinai, je trouvai le prépuce un peu engorgé, dur, ne permettant pas entièrement le découvrement du gland ; je jugeai, à la quantité abondante de pus qui sortait de sa cavité, qu'il existait des ulcères à la base du gland. Les amygdales et le voile du palais étaient tuméfiés, rouges ; plusieurs ulcères pâles, sans auréole inflammatoire, s'y faisaient remarquer. Ce malade présentait en outre une irritation gastrique, intermittente, dont il avait déjà eu deux accès. La langue était épaisse, blanche ; la bouche mauvaise, la soif vive, etc, etc. ( *Diète complète, eau de gomme édulcorée, potion gommeuse, gargarismes émolliens, bains de verge dans la décoction de graine de lin opiacée.*) Au

bout de deux jours, j'administrai le sulfate de quinine à la dose de quatre grains ; après la seconde prise, la fièvre ne reparut plus. Je crus alors pouvoir administrer les frictions mercurielles : mais au bout de la troisième, les joues se gonflèrent considérablement, la langue s'épaissit, et une forte salivation se manifesta. Deux applications de huit sangsues sur les joues, des gargarismes adoucissans, et la suppression du mercure suffirent pour opérer la guérison en huit jours. Comme mon malade était irritable, je continuai les seuls émolliens, et remis l'usage du mercure à un temps plus éloigné ; mais quand la guérison fut complète, ce qui arriva un mois après son entrée, je le laissai sortir sans lui en administrer, et à ma grande satisfaction, il n'a plus rien éprouvé depuis. Cette observation fut rédigée à une époque où je croyais encore au virus, et où je ne permettais de négliger le traitement mercuriel, que quand je redoutais de compromettre par son usage la santé de mes malades. Ce sont des faits semblables, observés en grand nombre, qui m'enhardirent à traiter sans mercure, et me conduisirent, avec beaucoup d'autres considérations, à révoquer en doute l'existence du *Protée magique*.

XXIV.ᵉ *Obs. — Ulcères de la verge et de la conjonctive, consécutifs à un traitement mercuriel* : *24 jours de traitement.* — Benard, soldat dans le 61.ᵉ régiment, fut traité dans mes salles d'ulcères à la verge. Il prit 50 *doses de liqueur de Van-Swiéten* et subit 25 *frictions*. Six mois après, il rentra présentant sur la verge des ulcères rouges superficiels, et de plus un petit ulcère à la conjonctive, de l'étendue d'une petite lentille. Ce dernier déterminait quelques douleurs, et une sécrétion abondante de larmes. Ayant interrogé ce soldat sur ce qui s'était passé pendant les six mois qui s'étaient écoulés depuis sa sortie de l'hôpital ; il m'apprit que plusieurs fois, et sans avoir vu de femmes, ses ulcères étaient revenus ; qu'il avait même eu

pendant quelques jours un écoulement par l'urètre, et que c'était à l'époque de sa disparition que l'ulcère de la conjonctive s'était manifesté. Comme il y avait un peu de rougeur et de douleur dans l'œil, et que la nature de la cause était peu importante à mes yeux, je prescrivis huit sangsues autour de l'orbite, des fumigations émollientes et des bains de verge émolliens.... Après une huitaine de jours, l'inflammation étant entièrement dissipée, j'employai la pommade de Desault; elle agit avec beaucoup d'efficacité, et le malade sortit guéri le 16 avril, 24.e jour de son séjour. Cette observation doit être rapprochée des 19.e, 20.e et 21.e

XXV.e *Obs. — Urétrite suivie d'ulcères de la verge, phimosis et bubons. Bon effet des sangsues. — 38 jours de traitement.* — Serre, soldat dans le 61.e régiment, entra le 22 mai 1823, vingt-deuxième jour de sa maladie. Il avait un écoulement urétral peu abondant, durant depuis vingt-trois jours; des excoriations, des ulcères de la face interne du prépuce, et un engorgement assez considérable de cette partie existant depuis douze jours, et enfin, un bubon dur, douloureux, situé dans l'aine droite, existant depuis huit; (*bains émolliens et opiacés répétés, cataplasmes sur le bubon*). Ces moyens ne suffirent pas pour calmer les douleurs, qui étaient assez vives pour priver le malade du sommeil. Le 27, je prescrivis six sangsues sur le prépuce; l'écoulement de sang fut peu abondant; cependant les douleurs furent calmées; le 29 elles existaient à peine, et l'amélioration était générale. Le 31, la verge n'était plus autant gonflée; il n'y avait de douloureux que son extrémité, au moment du passage de l'urine. Quatre sangsues furent placées vers ce point; les douleurs furent totalement enlevées; mais le 3 juin elles reparurent avec assez de force pour donner au malade des espèces de mouvemens convulsifs et le priver du sommeil (*huit sangsues sur la verge, bains locaux opiacés, potion opia-*

*cée, diète*). Les piqûres des sangsues coulèrent abondamment, les douleurs diminuèrent notablement et étaient nulles le surlendemain ; les émolliens intérieurs et extérieurs furent continués. Par ces moyens, l'inflammation se dissipa, les ulcères se cicatrisèrent, le bubon disparut et l'écoulement cessa : le malade sortit le 30 juin sans avoir pris de mercure.

Sans aucun doute, si j'avais hésité à recourir aux applications de sangsues, l'inflammation aurait fait de rapides progrès et aurait pu compromettre l'intégrité des parties malades. Dans mon mémoire relatif à l'iode, j'ai présenté un assez grand nombre de faits dans lesquels, mises sur la verge, les sangsues opérèrent un effet favorable sans entraîner aucun des accidens qu'on redoute, pour me croire dispensé de faire ici de nouvelles réflexions à cet égard.

J'ai souvent eu occasion de remarquer que les ulcères du scrotum étaient fort difficiles à guérir ; je ne sais si cela dépend de l'abondance des follicules sébacés qui se trouvent contenus dans l'épaisseur de cette enveloppe, ou de la mollesse et de la laxité de son tissu ; mais toujours est-il vrai que dans plusieurs cas, je les ai vus résister longtemps aux divers moyens que j'employais contre eux. Le fait suivant va me servir d'exemple.

XXVI.e *Obs.* — *Ulcères de la verge traités par le mercure, suivis de pustules sur les cuisses, de croûtes sur la tête, d'ulcères, de pustules du scrotum, d'ulcères à la gorge guéris par les émolliens : quatre mois de traitement.* — Ganap, soldat dans l'artillerie à cheval ; d'un tempérament nerveux, excitable, sec, âgé de vingt-six ans, fut atteint dans le mois de juin 1823, d'ulcères à la verge, pour le traitement desquels on lui administra *soixante pilules mercurielles, quelques frictions*, et on lui fit faire quelques pansemens avec un onguent suppuratif. Un mois après avoir été guéri, il vit se manifester sur ses cuisses des petites taches lenticulaires, rougeâtres, fendillées à

leur surface; quelques-unes acquirent de l'étendue, et s'élevèrent au-dessus du niveau de la peau dont le tissu dans ces points devint rougeâtre, mou, comme érectile, et sécréta un pus qui, en se concrétant, donna lieu à des croûtes jaunâtres. Peu de temps après, il se manifesta sur la tête des petits boutons qui, d'abord épars et peu saillans, se réunirent, se multiplièrent et donnèrent aussi lieu à la formation de croûtes assez épaisses. Un mois plus tard, il parut sur le scrotum des petites pustules, qui donnèrent lieu à de vives démangeaisons. Le malade se gratta et il en résulta une excoriation, qui s'étendit successivement en largeur et en profondeur, et acquit en peu de temps une assez grande étendue. Ganap entra à l'hôpital le 10 décembre 1823. Il présentait la partie périnéale du scrotum ulcérée, non pas d'une manière uniforme, égale, mais de manière à présenter des petits points sains au milieu des ulcères. Ces ulcères étaient irréguliers, rougeâtres sur les bords, tandis que le centre était grisâtre et recouvert d'une couenne adhérente. La suppuration était excessivement abondante; l'altération existait dans l'étendue de la paume de la main environ. Sur l'avant-bras il existait une pustule élevée de deux lignes au-dessus des parties environnantes, fendillée à son sommet, rougeâtre, molle, légèrement douloureuse quand on la pressait; plusieurs autres pustules semblables se remarquaient sur les jambes; on voyait éparses sur les cuisses plusieurs taches rougeâtres, petites, fendillées, sans saillie bien sensible; la tête était recouverte d'une vingtaine de croûtes sèches, jaunâtres; de plus, ce soldat avait tous les signes d'une gastro-entérite chronique. Je fis raser la tête et appliquer des cataplasmes émolliens sur les croûtes qui y restaient; je prescrivis une simple bouillie pour tout aliment, des bains entiers de deux jours l'un; je fis diriger vers le scrotum des vapeurs émollientes et narcotiques, et pour pansement ordinaire,

je recommandai de n'employer que le cérat opiacé et une charpie fine.

Ces moyens furent continués pendant quinze jours sans amélioration notable. Les croûtes de la tête tombaient, mais se reproduisaient bientôt les jours suivans; les ulcères du scrotum suppuraient toujours abondamment; plus tard, des douleurs vives se manifestèrent au scrotum, et les ulcères parurent faire des progrès. Je fis mettre sur cette partie quinze sangsues qui opérèrent un effet favorable; les douleurs se calmèrent; mais à peine le malade était-il débarrassé de cet accident, qu'il se plaignit d'éprouver de la gêne dans la déglutition. J'examinai la gorge, et trouvai que les amygdales étaient gonflées ainsi que les piliers du voile du palais, qu'elles étaient rouges et recouvertes de chaque côté de deux ulcères grisâtres. Je fis appliquer dix sangsues au cou, un cataplasme émollient après la cessation de l'écoulement, et prescrivis en outre un bain de pied et des gargarismes émolliens: les autres moyens furent continués. Les jours suivans, la déglutition fut plus facile, les amygdales revinrent à leur volume naturel, et les ulcères guérirent.

Le traitement de ce soldat ayant duré quatre mois, je ne puis faire un exposé journalier de sa maladie; il suffira donc de dire que long-temps les ulcères du scrotum suppurèrent, malgré les émolliens et les opiacés; que je les fis enfin saupoudrer avec la poudre d'amidon, ce qui détermina la formation d'une croûte épaisse, derrière laquelle la la cicatrice commença à se faire. Mais à mesure qu'un des points de la circonférence guérissait, un autre s'ulcérait, de manière que l'ulcère gagnait d'un côté ce qu'il perdait de l'autre. Après l'amidon, j'employai les lotions saturnées, qui furent assez efficaces et déterminèrent la guérison: celle-ci était complète à la fin de mars. Les croûtes de la tête se dissipèrent plus rapidement par les cataplasmes et les bains de vapeurs aqueuses. Quant aux

pustules des membres, elles restèrent long-temps stationnaires, surtout celles de l'avant-bras. Cependant les bains, le régime sévère et les lotions avec le sublimé, parvinrent à les dissiper. Au moment de la sortie du malade, il ne restait plus rien qu'un peu de rougeur vers le point qu'avait occupé la pustule de l'avant-bras : l'estomac était rétabli et le malade commençait à avoir bon appétit. Pendant tout le traitement, le régime a été très-sévère. Il se composait de panades, de crêmes de riz, d'œufs frais, d'épinards; j'avais proscrit la viande et le vin. Si le malade avait eu les voies digestives dans leur état d'intégrité, c'eût été sans doute le cas d'établir une légère révulsion sur elles, soit à l'aide de l'iode, soit à l'aide du mercure; mais l'état de Ganap ne me permettait pas de recourir à ce genre de médication. Je devais, pour ne pas empirer son état, attaquer les irritations cutanées et muqueuses par les émolliens et les antiphlogistiques, en même temps que je travaillais à ramener l'estomac à son état naturel.

Certainement cet homme pouvait être regardé comme ayant une syphilis constitutionnelle, et tous les praticiens, autres que ceux qui partagent les opinions que nous défendons, auraient cru qu'il était urgent de recourir au *spécifique* pour prévenir de plus grands ravages, sans s'inquiéter de la nature phlogistique des altérations que ce malade présentait. *L'inflammation est spécifique*, auraient-ils dit, et c'est en vain que l'on tâcherait de l'attaquer par les moyens ordinaires, il faut donc un *spécifique*. On l'aurait administré, et peut-être une série de maux incalculable eût découlé de cette fausse manière de voir. Chaque jour fait ressortir davantage les effets avantageux qu'on obtient d'un traitement rationnel, contre ces prétendus signes d'infection syphilitique (1), et je ne doute pas que toutes

(1) Déjà des résultats satisfaisans ont été obtenus en Angleterre, d'un traitement des maladies vénériennes sans mercure, comme on peut s'en

les personnes qui oseront s'affranchir du joug commun et observer sans prévention les faits, se rangeront bientôt dans nos rangs.

L'observation que nous venons de présenter est très-intéressante ; on voit par elle que le mercure n'a pas empêché l'apparition des pustules de la peau, que celles-ci ont été probablement déterminées par une irritation sympathique émanant des organes génitaux malades, et irrités par l'onguent suppuratif; que c'est par une même action sympathique d'une partie de la peau sur l'autre, que les excoriations du scrotum et les douleurs de la tête ont été développées après l'apparition des pustules des jambes et des cuisses ; enfin, que la gorge a été enflammée par suite des douleurs du scrotum, puisque c'est à l'époque où elles se manifestèrent, qu'eurent lieu les difficultés de la déglutition et le développement des ulcères. (*Voyez les Propositions* 22, 23, 24.)

XXVII.[e] *Obs. — Excoriations du gland suivies d'ulcérations comme cancéreuses du périnée et de l'extrémité du scrotum : six mois de traitement.* — Le soldat Hoffmann, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital le 11 juin, sixième jour de sa maladie, pour y être traité d'excoriations du gland. L'épiderme était enlevé dans plusieurs parties qui paraissaient d'un rouge vif et suppuraient abondamment. Des bains locaux émolliens furent seuls administrés, et ils suffirent pour déterminer rapide-

---

convaincre en lisant le mémoire du docteur Kreuger, médecin à Holzminden, dans lequel sont mentionnés les résultats pratiques obtenus de cette manière par J. Thomson, Thomas Rose, Guthrie, Jacques Barthe, et plusieurs autres médecins. (*Voyez* le tome 14.[e] du *Journal complémentaire* de 1822), et comme il conste d'un nouveau mémoire publié dans le 72.[e] cahier 1824 du même Journal, par le docteur Hill, lequel, d'après des observations recueillies pendant six ans sur 239 malades, conclut que la syphilis peut être traitée avantageusement sans mercure, et présente des propositions que j'ai vues avec plaisir offrir beaucoup d'analogie avec quelques-unes de celles que j'ai émises.

ment une amélioration dans l'état de la partie. Le 28 du même mois, elles étaient presque entièrement guéries. Ce fut alors que le malade se plaignit d'éprouver des douleurs au périnée. Nous l'examinâmes, et rencontrâmes une excoriation peu profonde, étendue de l'anus au scrotum, rouge, douloureuse, suppurant abondamment: le malade ne put pas me donner de renseignemens sur la manière dont elle s'était développée. Après avoir fait prendre des bains et des fumigations émollientes, je prescrivis des pansemens avec le cérat saturné, dont j'avais obtenu des succès remarquables dans maintes occasions: mais ici ils furent inutiles : l'ulcération fit des progrès, devint profonde, eut bientôt un aspect granuleux, inégal, et donna lieu à une suppuration abondante et fétide. Plus tard, son aspect devint hideux, ses bords étaient saillans, rouges, inégaux, douloureux; le centre était blanchâtre, recouvert d'une couenne analogue à celle qu'on observe dans les pourritures d'hôpital; il y avait de légères hémorrhagies. Les douleurs étaient assez vives, et la plaie avait une surface étendue. Je fis deux fois appliquer quinze sangsues sur le point malade, et deux fois j'obtins une amélioration notable. Plus tard, l'irritation retentit à l'estomac, et détermina une gastrite intermittente; la diète, les boissons gommeuses, et enfin le sulfate de quinine, en triomphèrent rapidement. Malgré l'odeur fétide du pus, sa couleur noirâtre et l'aspect cancéreux de la plaie, je me refusai à l'emploi des caustiques, que quelques élèves proposaient, et persistai dans les émolliens. Je mis le malade à une diète presque complète, prescrivis des pansemens très-simples et émolliens (un cataplasme était mis pardessus une légère couche de charpie), et le forçai au repos absolu. Successivement la plaie se détergea, prit un aspect plus favorable; des bourgeons charnus se développèrent, et la cicatrice commença à se faire; la pommade d'hydriodate de potasse fut employée

à la fin. La guérison se fit long-temps attendre, mais enfin elle fut obtenue complète. Le malade sortit dans le mois de janvier.

Peut-on attribuer au virus syphilitique cet énorme ulcère? Je ne le crois pas; car il n'y avait eu primitivement qu'une excoriation superficielle, et généralement un tel phénomène n'est pas jugé vénérien. D'autre part, les auteurs admettent qu'il est très-rare qu'on observe des symptômes graves de syphilis immédiatement après *l'inoculation du virus*, et cette excoriation succéda immédiatement à l'inoculation, ou peut-être même existait-elle en même temps. Si cet ulcère a été si difficile à guérir, cela dépend donc de la nature des parties lésées, et non de la virulence de la cause qui le détermina.

Nous allons présenter maintenant des observations d'affections plus graves, ou de syphilis plus invétérées, guéries par les émolliens avec tout autant de facilité que les premières dont nous nous sommes occupés.

XXVIII.[e] *Obs.* — *Ulcères de la verge suivis d'ulcères de la g rge et de deux doigts de pied, guéris par les émolliens et les antiphlogistiques :* 21 *jours de traitement.* — Ferstely, soldat dans le train d'artillerie, âgé de 29 ans, entra le 12 septembre 1823. Depuis trois mois il avait sur la verge des ulcères qui étaient en partie guéris. Depuis une quinzaine de jours, avaient paru des ulcères superficiels blanchâtres, sur les piliers du voile du palais et les amygdales, qui rendaient la déglutition un peu difficile. De plus, entre le gros orteil et le suivant, il existait à chaque pied des ulcères. L'épiderme était soulevé, blanchâtre; il y avait des fongosités débordant l'intervalle des doigts, et faisant saillie à l'extérieur. La suppuration était assez abondante, et les douleurs vives. Je fis mettre des deux côtés quatre sangsues sur le point correspondant à l'intervalle des deux doigts de pied; je prescrivis des gargarismes adoucissans, des cataplasmes autour du cou,

et des bains de pieds émolliens. Par ces moyens, j'obtins rapidement la guérison du malade, qui sortit le 3 octobre, vingt-unième jour de son séjour à l'hôpital.

XXIX.e *Obs. — Ulcères de la verge suivis de pustules à l'anus, et ulcères entre les doigts de pied, traités sans mercure : 48 jours de traitement.* — Navard, soldat dans le 47.e régiment, âgé de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant le bord des yeux rouge, la face pâle, un peu bouffie, etc., entra dans mes salles le 12 septembre 1823, vingt-unième jour depuis l'invasion de sa maladie; il présentait à la base de la couronne du gland, des ulcères grisâtres vers leur centre, rouges sur les bords, qui suppuraient beaucoup. Il fut mis à l'usage des bains locaux composés d'une décoction de graine de lin, et en peu de jours il fut guéri. Le 24, je voulus le faire sortir de l'hôpital, mais alors il me fit entendre (car il ne parlait pas français) qu'il avait encore quelque chose. L'ayant examiné, je trouvai vers la marge de l'anus une pustule de la largeur d'une pièce d'un franc, saillante d'une ou deux lignes, blanchâtre à sa surface, indolente au contact, et en outre, un bouton situé près de l'ouverture rectale, lequel était surmonté d'une petite vésicule pleine de sérosité jaunâtre. Je prescrivis des bains, des fumigations émollientes, et un régime adoucissant. Le 30, il me fit voir un ulcère qui s'était développé entre le deuxième orteil et le troisième du pied droit. L'épiderme était blanchâtre, soulevé par du pus; la suppuration était assez abondante : il n'existait que depuis trois jours. Les jours suivans, il se manifesta des végétations sur la plaie, qui dépassèrent bientôt le niveau des bords de l'ulcère, et des douleurs assez vives se firent sentir. Aux bains émolliens que j'avais prescrits, j'ajoutai des sangsues qui, au nombre de quatre, furent placées vers la face plantaire de l'orteil : il en résulta de l'amélioration. Deux jours après j'en fis mettre encore cinq qui furent aussi très-efficaces; l'ul-

cère diminua, les végétations s'affaissèrent, et le malade guérit. Pendant ce temps la pustule de l'anus avait disparu ; deux à trois furoncles qui s'étaient manifestés sur les fesses et les cuisses s'étaient dissipés, et le malade put sortir le 28 octobre.

XXX.e *Obs.* — *Pustules croûteuses de la tête ; excroissances à l'anus ; crevasses des mains ; durillons à presque tous les doigts ; ulcères entre le gros orteil et le suivant, traités sans mercure, et guéris, les premiers symptômes en vingt jours, et l'ulcère du pied en quarante-trois jours.* — Opimon, musicien dans le 47.e régiment, âgé de 28 ans, présentant la peau basannée, entra le 11 juillet 1823, portant depuis six jours des excoriations du prépuce et du gland manifestés à la suite d'une urétrite qui avait duré un mois. Il fut mis à l'usage des bains locaux émolliens, et en quelques jours il était guéri. Il sortit le 4 août. Peu de temps après, par suite d'excès nombreux de boissons alcoholiques, il se manifesta des boutons sur diverses parties du corps, et notamment à la tête, au menton et à l'anus. Après le jour de la Saint-Louis, qui fut entièrement consacré par le malade à des excès de tout genre, des durillons se manifestèrent sur les doigts, l'épiderme des mains se creva et se scissura dans tous les sens. Deux boutons situés près de l'anus s'écorchèrent et donnèrent naissance à des petites excroissances qui s'accrurent rapidement pendant les fréquens exercices auxquels il fut obligé d'assister à cette époque. De plus, une ulcération que les mêmes fatigues avaient fait développer entre les doigts de pied, s'étendit et détermina de telles douleurs, que le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital le 16 septembre.

Quand je l'examinai, je trouvai que les excroissances de l'anus étaient blanchâtres, douloureuses à la pression, framboisées. L'ulcère du pied était étendu en dessus et en dessous de l'orteil, et occupait la face interne des deux premiers. L'épiderme était blanchâtre, soulevé par le

pus qui était sécrété en grande abondance. Les boutons de la tête avaient dégénéré en pustules sèches, fendillées à leur surface, arrondies, couvertes de croûtes sur le cuir chevelu; les mains étaient rugueuses, crevassées; l'épiderme tombait par lamelles ou écailles. Le sommeil était rare, les douleurs très-vives pendant la nuit. L'appétit était bon, quoique la langue fût un peu rouge sur les bords. Je mis le malade à l'usage de la bouillie soir et matin, pour toute nourriture. Je prescrivis de l'eau gommeuse, des bains tièdes et des fumigations émollientes. Au bout de six jours, il y avait déjà une amélioration notable. J'ajoutai aux moyens précédens, des bains de vapeurs aqueuses, pour tâcher de rétablir un peu les fonctions de la peau, qui était sèche et aride. Au bout de quinze jours, les végétations anales étaient affaissées, à peine apercevables; les croûtes des pustules étaient tombées; l'épiderme des mains était un peu souple, les scissures étaient guéries. Au bout du 20.^e^ jour, Opimon aurait pu sortir, si son pied ne l'eût pas retenu; mais les douleurs y étaient fortes et la marche était impossible. Cinq à six applications de six sangsues furent faites sur les points les plus douloureux; toujours il en résulta une amélioration des plus remarquables, et telle que le malade sollicitait lui-même leur emploi aussitôt que les douleurs devenaient plus vives. Des bains de pied tièdes légèrement opiacés, des pansemens méthodiques avec le cérat opiacé et la charpie fine, furent en outre employés, et par ces moyens réunis, j'obtins la guérison qui fut complète à la fin d'octobre. Mais au moment où j'allais faire sortir le malade, une tumeur dure, indolente, qu'il portait depuis sept ans sur la joue droite près de la région parotidienne, s'enflamma tout-à-coup, et abcéda. Des cataplasmes émolliens, une compression uniforme et des pansemens simples, suffirent pour opérer la guérison. Le malade sortit parfaitement rétabli le 20 novembre, sans avoir pris un atôme de mercure.

Il n'était guères possible de présenter plus de phénomènes morbides que n'en réunissait Opimon; et certes, la syphilis pouvait bien chez lui être considérée comme constitutionnelle et invétérée. Cependant on a vu que la guérison fut rapide, et que la maladie ne fut pas plus rebelle aux remèdes que j'employai, que si elle n'avait pas été *spécifique !* aurais-je été plus heureux par le mercure ? Cela n'est guères possible; tandis que par ce moyen j'aurais pu aggraver le mal, comme cela a été observé chez une foule d'individus, et comme nous le ferons voir plus tard. Si l'on a bien fait attention à la manière dont se sont développés tous ces phénomènes, *après des excès de boissons alcoholiques, des marches forcées*, etc., on doit s'être convaincu que, pour expliquer leur apparition, il n'est pas nécessaire de recourir au virus syphilitique, et que ces exemples de vérole complète, qu'on nous cite si souvent comme des preuves irréfragables d'une nature toute particulière de la cause, sont bien loin d'être concluans, car la plupart ressemblent à celui-ci. Citons maintenant quelques cas d'affections du tissu osseux ou du périoste.

*Obs.* XXXI.e — *Exostose du tibia consécutive à deux traitemens mercuriels; trente jours de traitement.* — Budin, soldat dans le 61.e régiment, d'un tempérament nerveux-sanguin, d'une complexion assez délicate, entra à l'hôpital le 14 mars 1824, pour être traité d'une gastrite intermittente. Quelques jours après, il me fut adressé comme atteint d'exostose vénérienne. L'ayant examiné, je trouvai en effet à la partie supérieure du tibia gauche, un peu au-dessous de la tubérosité tibiale, une tumeur élevée de trois à quatre lignes au-dessus du reste de l'os, ayant à-peu-près un pouce et demi d'étendue de haut en bas, dure et douloureuse à la pression. Le malade se plaignait d'en souffrir sur-tout pendant la nuit, et prétendait en outre éprouver des douleurs vives dans les cuisses,

D'après les renseignemens qu'il me donna, j'appris qu'il avait été plusieurs fois atteint de maux vénériens. 1.° Huit ans auparavant, il avait eu une blennorrhagie qui se dissipa sans remède; 2.° six ans après il eut des ulcères à la verge qui furent traités par trente doses de liqueur de Van-Swiéten et vingt frictions mercurielles; 3.° un an après ces ulcères, il eut une blennorrhagie qui fut suivie de l'engorgement d'un testicule, et fut traité par le mercure; 4.° huit mois avant l'apparition de cette exostose, il fut atteint d'une nouvelle urétrite que je guéris par l'iode. Au moment de son arrivée dans mon service, l'exostose existait depuis trois mois. Je fis appliquer quinze sangsues sur la tumeur, recommandai d'y mettre un cataplasme opiacé après la cessation de l'écoulement de sang, et prescrivis en outre un régime léger et végétal, un bain, des boissons gommeuses, et une émulsion anodinée pour le soir. Le lendemain, les douleurs étaient beaucoup moins vives : les émolliens et les calmans furent continués. Quelques jours après, une nouvelle application de sangsues fut faite; il en résulta une amélioration de même qu'après la première. Les jours suivans, la tumeur s'affaissa, et successivement elle se réduisit à un très-faible volume. Les douleurs des membres diminuèrent à mesure que l'exostose se dissipait, et elles disparurent entièrement après quelques bains de vapeurs aromatiques. Le malade était guéri entièrement le 16 avril. Il sortit le 20 de ce mois, 30.e jour de son séjour à l'hôpital, sans avoir pris de mercure.

XXXII.e *Obs.* — *Pustules croûteuses du cuir chevelu; exostoses consécutives à plusieurs traitemens mercuriels; nodus développés par une irritation gastrique; douleurs ostéocopes, guéris par les antiphlogistiques et les émolliens : quatre mois de traitement.* — Chapedelaine, sergent dans le 47.e régiment, âgé de vingt-trois ans, maigre, pâle, très-irritable, entra dans mes salles le 26 juin 1823. Outre

de petits ulcères grisâtres situés à la face interne du prépuce, et résultant d'une infection récente, il avait 1° des douleurs sourdes dans les articulations tibio-tarsiennes, dans la tête et dans les bras, augmentant la nuit; 2.° une exostose assez étendue, saillante de deux à trois lignes, douloureuse à la pression, située à la partie supérieure de chaque tibia; 3.° une tuméfaction presque générale du radius gauche qui était inégal, rugueux, un peu arqué; 4.° quatre à cinq pustules croûteuses, assez étendues, situées sur le cuir chevelu et donnant lieu à l'exhalation d'un fluide jaunâtre; 5.° enfin tous les signes d'une gastro-entérite chronique. D'après la narration qu'il me fit des symptômes qu'il avait présentés les années précédentes, j'appris, 1.° que deux années auparavant il avait eu un ulcère sur le filet de la verge, et un bubon, pour lesquels il fut traité à Cambrai à l'aide de 70 *doses de liqueur de Van-Swiéten* et 16 *frictions mercurielles*; 2.° que l'année d'après il lui survint un nouvel ulcère avec des pustules sur diverses parties du corps, pour lesquelles il prit dans le même hôpital du *sirop de cuisinier*, des *tisanes sudorifiques*, des bains, et dont il fut guéri après un mois de traitement; 3.° que peu de temps après, les pustules reparurent sur le corps, qu'une d'entre elles, fixée sur la cuisse, suppura abondamment, et qu'il en fut traité à Sedan par le sirop de *cuisinier*, avec *addition de proto-chlorure* de *mercure*, par les *frictions mercurielles* et les bains de vapeurs sulfureuses; 4.° qu'il sortit de cet hôpital deux mois après, sans être totalement guéri, et que c'est depuis cette époque que se sont développées les exostoses. Faisant, à l'époque où Chapdelaine entra dans mes salles, des essais sur les frictions glossopalatines avec le mercure doux, aux doses de un à deux grains, je voulus le soumettre à ce traitement, pour voir si ces phénomènes, qui semblaient dépendre d'un virus vénérien enraciné, seraient améliorés par l'usage de *l'antidote par*

25..

*excellence;* ou si, comme il était plus probable, il en résulterait une augmentation de l'irritation gastrique, et par suite, manifestation de nouveaux phénomènes sympathiques. Après trois à quatre jours d'un régime sévère, et de l'usage des boissons gommeuses propres à mettre l'estomac dans un état assez satisfaisant pour que le protochlorure fût moins dangereux, je l'employai à la dose de deux grains, soir et matin; je prescrivis, en outre, des bains émolliens de la verge, et des émulsions anodinées. Dès la deuxième prise de protochlorure, Chapdelaine eut de légères coliques; ce qui m'en fit suspendre l'usage. Pendant ce temps, des cataplasmes émolliens furent placés sur les tumeurs. Par eux j'eus le plaisir de voir les douleurs un peu diminuées, et le sommeil devenir plus prolongé. Quand je voulus reprendre ce remède, quelque fractionnée qu'en fût la dose, de nouvelles coliques se manifestèrent; et, chose bien digne de remarque, les douleurs des jambes, qui avaient un peu diminué, augmentèrent et devinrent assez vives pour priver entièrement de sommeil. En vain, à plusieurs reprises différentes, je voulus tenter d'y revenir; je n'obtins que des effets désavantageux. *La liqueur de Van-Swieten*, donnée à la dose d'un huitième de grain, ne me fut pas plus favorable; elle donna des nausées et développa les signes de l'embarras gastrique.

D'après le résultat de ces essais, il restait bien évident que Chapdelaine était trop irritable pour qu'on pût tenter des médications révulsives sur le canal intestinal, et que vouloir s'obstiner à donner des mercuriaux, c'était compromettre son existence. Je bannis donc tous les excitans, et recourus aux moyens qui m'auraient paru convenables, s'il s'était agi des mêmes lésions développées par d'autres causes que le prétendu virus. D'abord, je donnai pour tout aliment une bouillie sucrée, soir et matin; je prescrivis des boissons gommeuses, des émulsions,

et consacrai une quinzaine de jours au traitement de la seule gastrite. Après cela, j'attaquai les tumeurs osseuses par les sangsues. J'en mis d'abord quinze sur la tumeur droite, sans effet bien marqué; deux jours après, j'en mis autant. Celles-ci agirent d'une manière plus favorable, les douleurs furent beaucoup diminuées; les cataplasmes émolliens et opiacés étaient toujours continués. Le lendemain du jour où les douleurs furent calmées du côté droit, la tumeur du côté gauche devint plus douloureuse; mais dix sangsues appliquées sur elle opérèrent merveilleusement et la rendirent indolente. Quant aux pustules de la tête, je les dissipai avec assez de facilité par des cataplasmes émolliens, et par le cérat souffré après la chute des croûtes. Les ulcères de la verge guérirent aussi facilement par l'usage des bains locaux avec la décoction de graine de lin. Pendant un mois entier, les exostoses parurent conserver le même volume, quoiqu'elles fussent peu douloureuses, même au toucher; mais plus tard, par suite des trois applications de six sangsues, faites sur chacune d'elles, elles diminuèrent considérablement et elles finirent par disparaître entièrement après l'application d'un large vésicatoire à la face interne de la cuisse droite, lequel fut entretenu pendant une vingtaine de jours. Les douleurs des membres, qui avaient été jusqu'alors assez fortes, furent diminuées par cet exutoire, mais elles ne disparurent pas entièrement. J'avais négligé d'employer contre elles les bains de vapeurs, craignant que l'excitation de la peau ne déterminât une récrudescence de l'irritation gastrique : mais comme à cette époque, l'estomac paraissait être en bon état, que l'appétit était bon et l'état général assez satisfaisant, je crus pouvoir les administrer sans inconvénient; je fus encore porté à leur emploi, parce que j'espérai qu'ils mettraient mon malade à l'abri des accidens qui pourraient résulter de la suppression du vésicatoire : pendant cinq à six jours, Chapde-

laine n'accusa qu'un peu de fatigue ; mais après le 7.e bain, la langue rougit, de la céphalalgie se manifesta, l'appétit se dissipa, et il éprouva une soif assez vive ; je supprimai le bain du lendemain, et recommandai au malade de rester à un régime sévère ; mais il enfreignit mon ordonnance, se procura des alimens, et en mangea sans mesure. Bientôt après il éprouva des douleurs épigastriques légères, des nausées, des vomissemens, et il eut même un peu de fièvre. Pendant ce temps, chose bien digne de remarque, et qui prouve l'influence étendue des voies gastriques, il se manifesta sur le milieu du tibia droit une tumeur, d'abord du volume d'une petite noisette, mais qui, en quatre à cinq jours, acquit celui d'une noix et devint douloureuse. Elle était dure à la pression, et paraissait formée par le périoste. La diète, des boissons gommeuses, des fomentations abdominales et huit sangsues sur la tumeur, furent prescrites. L'écoulement du sang fut peu abondant, et l'amélioration obtenue peu marquée. Les jours suivans, je m'aperçus qu'une tumeur analogue se développait sur le point correspondant de l'autre jambe, et en peu de temps elle acquit un volume semblable à celui de la première. Je fis sur elle une application de six sangsues qui ne fut pas plus efficace que l'autre. Ces tumeurs gênaient beaucoup le malade, l'empêchaient de marcher, et lui occasionnaient des douleurs assez vives. Quelque peu efficaces qu'eussent été les premières applications de sangsues, j'engageai le malade à en supporter d'autres, ce à quoi il consentit. Quatre furent mises de chaque côté, tous les deux à trois jours; dans l'intervalle, des cataplasmes émolliens arrosés de laudanum furent maintenus sur elles, et deux fois par jour elles furent soumises à des vapeurs chaudes, émollientes; par ces moyens, les douleurs diminuèrent, les tumeurs s'affaissèrent, et les mouvemens devinrent plus libres. Le 1.er octobre, troisième mois du traitement, les tumeurs

étaient tout-à-fait indolentes, aplaties, parfaitement circonscrites, ramollies et fluctuantes. Les douleurs des membres étaient dissipées, les exostoses n'existaient plus du tout. Le radius gauche était beaucoup moins saillant, quoique la flanelle maintenue autour du bras, jointe aux bains et au régime, fussent les seuls moyens que j'eusse employés contre son engorgement. L'estomac était en bon état. Les mouvemens étaient faciles, et ce n'était qu'après des exercices trop long-temps prolongés, que quelques légères douleurs étaient perçues dans les jambes. Désirant obtenir la guérison complète de ces tumeurs, j'employai, mais en vain, pendant une vingtaine de jours, une compression méthodique exercée depuis les orteils. Un vésicatoire mis sur le mollet ne fut pas plus efficace ; je recourus enfin à la teinture d'iode, à la dose d'un demi-gros d'abord et puis d'un gros, administrée en frictions. Au bout de quatre à cinq jours, l'effet commença à devenir appréciable, et après une quinzaine elles étaient totalement dissipées. Le malade sortit le 1.er novembre; il ne conservait qu'un peu de tuméfaction du radius. Je l'ai revu au mois de mai 1824, au moment où il partait pour Bourbonne, et l'examen le plus attentif fait devant MM. les chefs de l'hôpital, prouva qu'il ne présentait plus rien des maux dont il avait été si long-temps atteint. Cette observation est, j'espère, des plus concluantes, et seule elle pourrait prouver la vérité de plusieurs des propositions que j'ai émises. En effet, elle fait voir que plusieurs traitemens mercuriels, loin de prévenir l'apparition de nouveaux phénomènes, n'ont servi qu'à rendre le malade plus irritable, à rendre les sympathies plus actives chez lui, et à étendre les progrès de sa maladie, tandis que par les seuls émolliens et les antiphlogistiques nous avons réussi à en triompher ; elle prouve l'influence des voies gastriques sur le système fibreux et osseux ; la synergie des parties analogues, en

vertu de laquelle la seconde tumeur s'est développée dans le même point que la première ; et enfin elle démontre que ces prétendues syphilis constitutionnelles ne sont que des irritations plus ou moins étendues de divers organes, lesquelles cèdent à l'usage des moyens non spécifiques qui conviennent à leur essence.

*Obs.* XXXIII.[e] — *Exostoses, roideurs des articulations huméro-cubitales, consécutives à plusieurs traitemens mercuriels, guéries par les émolliens et les antiphlogistiques ; récidive.* — Vers le 10 du mois d'août 1823, je reçus dans mes salles le nommé Coulon, musicien dans le 47.[e] régiment de ligne, qui y avait été envoyé pour être traité d'une syphilis constitutionnelle. Cet homme était maigre, pâle ; sa physionomie présentait l'empreinte de la douleur, et il avait tous les attributs du tempérament nerveux. L'ayant interrogé sur les accidens de sa maladie, il me remit une note dans laquelle je trouvai l'exposé suivant : « Le 20 mars 1821, je contractai un ulcère sur le filet de la verge, lequel acquit de l'étendue pendant une marche de cinquante lieues que je fus obligé de faire, et détermina la tuméfaction du prépuce ; de plus, je fus atteint à la même époque d'une rougeole. J'entrai à l'hôpital de Sedan le 7 mai. Le 20 du même mois, la rougeole était guérie, et l'ulcère de la verge avait beaucoup diminué. On me soumit alors à un traitement mercuriel qui se composa de 25 frictions, dont 10 à un gros et 15 à deux gros. Le 6 juillet, je sortis guéri de l'ulcère de la verge, mais portant dans la bouche deux ou trois ulcères blancs, peu douloureux. Aussitôt après ma sortie de l'hôpital, je repris mes anciennes habitudes, et me mis à boire avec excès. Les ulcères s'étendirent, se multiplièrent, et devinrent bientôt si douloureux, que je versais des larmes toutes les fois que je buvais un verre de vin, après avoir resté quelque temps sans rien avaler ; mais bientôt je continuai à boire toute la journée sans

souffrir. Enfin, pressé par les douleurs, et craignant que mon mal ne s'étendît trop, je me décidai à rentrer à l'hôpital le 9 septembre. J'avais alors une dixaine d'ulcères tant dans la bouche que dans la gorge. On me donna des gargarismes adoucissans, des bains de pied, et on me mit des cataplasmes autour du cou. Ayant pu me procurer une once de sulfate de cuivre, je la fis dissoudre dans mon gargarisme, et me gargarisai plusieurs fois dans la journée, ayant soin de me laver aussitôt après la bouche avec de l'eau fraîche. Au bout de dix jours, mes ulcères étaient presqu'entièrement guéris. Cependant on me soumit au traitement par *les frictions mercurielles*, pour détruire, disait-on, la vérole que j'avais intérieurement. J'en avais fait 15, mais ma bouche étant devenue douloureuse, et de nouveaux ulcères s'étant reproduits, on m'en fit suspendre l'usage, et je ne les repris que quand ma bouche fut entièrement guérie. Je sortis guéri au mois de décembre. Il me survint une excroissance à l'anus, bien que je n'eusse pas vu de femmes; je rentrai encore à l'hôpital, et y subis un nouveau traitement mercuriel : je sortis le 18 janvier. Peu de temps après, je contractai une blennorrhagie qui me fit souffrir beaucoup ; je pris des tisanes rafraîchissantes, et de plus la liqueur de Van-Swiéten. Cinq semaines après, l'écoulement durait encore, mais il ne se communiquait pas. Au mois de novembre suivant, j'éprouvai dans la jambe gauche des douleurs qui d'abord étaient vagues, mais qui bientôt se fixèrent dans un point où il se manifesta plus tard une exostose. Celle-ci me fit souffrir tout l'hiver, malgré les bains fréquens que je prenais dans la décoction de foin. Au mois d'avril 1823, il se développa sur la jambe droite une nouvelle exostose aussi forte et aussi douloureuse que la première. Vers le mois de mai, j'éprouvai des douleurs à la saignée du bras gauche, que douze bains calmèrent ; mais au mois de juin, elles reparurent

avec plus de force, devinrent continues, et ne me laissèrent plus de repos. Voyant que tous les moyens que j'employais étaient inutiles, je tâchai d'engourdir ma douleur par l'ivresse, et je fis de continuels excès avec le vin et la bierre, car je ne puis boire de l'eau-de-vie sans avoir des attaques de nerfs. Plus tard, mon bras devint roide, ne put être étendu; les mouvemens de rotation devinrent impossibles, un tremblement se manifesta, et mes doigts devinrent si faibles, qu'ils ne pouvaient soutenir mon instrument; je suis enfin venu à cet hôpital. »

Ayant examiné avec soin ce malade, j'observai que le bras gauche ne pouvait être étendu; que le biceps était saillant, dur, douloureux à la pression, et que son tendon était dans un état de tension extrême. Les mouvemens de pronation et de supination étaient impossibles; les doigts ne pouvaient serrer les corps qu'on mettait entre eux. La pression exercée sur l'articulation huméro-cubitale déterminait de vives douleurs. A chaque jambe il y avait une exostose; la droite était située vers la partie supérieure du tibia, un peu au-dessous de la tubérosité tibiale; l'autre, vers la partie moyenne de cet os et sur son bord externe. Leur volume était peu considérable; elles étaient de quatre à cinq lignes au-dessus du niveau de l'os, et présentaient une dureté extrême; la pression exercée sur elles n'était pas très-douloureuse. En outre, le malade avait une gonorrhée indolente, ancienne, et présentait tous les signes d'une irritation gastrique; la langue était effilée, rouge sur ses bords, blanche au milieu; la bouche était mauvaise, l'appétit très-léger, et il y avait constipation. Considérant la maladie comme n'étant pas produite par un principe vénérien, mais bien comme un effet des sympathies mises en jeu par les muqueuses génitales et gastriques, chez un homme que les excès et les remèdes avaient rendu irritable, je pensai que je devais bannir tous les excitans du traitement; que je devais atta-

quer ces affections avec les armes que l'expérience a démontrées être efficaces contre celles qui ne sont pas *spécifiques ;* je prescrivis une diète complète, des boissons gommeuses, un bain, des cataplasmes émolliens pour les exostoses, et une potion émulsive pour le soir. Le lendemain, je permis une crême de riz et prescrivis un bain fait avec la décoction de feuilles de jusquiame, pour y plonger le bras. Les trois jours suivans la prescription fut la même. Tant que le malade avait son bras dans le bain, il ne souffrait pas, mais dès qu'il en sortait, les douleurs reparaissaient; de sorte qu'il se croyait estropié pour la vie, et se désolait. Le 13, je fis appliquer quinze sangsues au pli du bras malade, et je recommandai de favoriser l'écoulement qu'elles devaient produire, en plongeant le membre dans le bain immédiatement après leur chute. L'effet qu'elles produisirent fut des plus favorables: les douleurs furent enlevées, la roideur se dissipa, et des mouvemens purent être exécutés. Le lendemain, Coulon était enchanté; de loin il me montra son bras étendu, et il me dit qu'il pouvait serrer les corps et exécuter tous les mouvemens. L'état des jambes et de l'estomac était le même, malgré la sévérité du régime et les émolliens.

Le 14, les douleurs se firent sentir de nouveau dans le bras; la roideur reparut. (*Dix sangsues, des cataplasmes émolliens, un liniment opiacé pour les jambes, de l'eau de gomme acidulée et une crême de riz* furent prescrits.) L'effet des sangsues ne fut pas cette fois aussi favorable que la première. Les douleurs furent bien diminuées, mais elles ne furent pas enlevées totalement. Le 15, il y eut un peu de récrudescence de l'irritation gastrique; le malade eut quelques nausées, des douleurs épigastriques et même un peu de fièvre. Les douleurs des jambes et du bras avaient augmenté. (15 *sangsues à l'épigastre, eau gommeuse, diète; continuation des autres moyens.*) Le 16, tout était en meilleur état; la langue pourtant était tou-

jours sèche, un peu jaunâtre au centre, et rouge sur ses bords. Les jours suivans, le bien-être augmenta : le régime fut très-sévère ; on enveloppa le bras avec une flanelle, et on fit des embrocations huileuses. Le 24, le bras allait supérieurement, l'estomac paraissait en meilleur état, l'appétit était assez vif, mais les tumeurs des jambes étaient douloureuses. (*Cinq sangsues furent mises sur chacune d'elles, et après leur chute des cataplasmes opiacés.*) Le lendemain, les douleurs étaient moins fortes. Le 29, l'exostose de la jambe gauche était beaucoup diminuée. Le 30, par suite d'une variation subite dans l'atmosphère, toutes les douleurs reparurent, sur-tout celles de la jambe droite, Six sangsues sur la tumeur et des cataplasmes les dissipèrent. Pendant les premiers jours de septembre, il y eut de fréquentes alternatives de bien et de mal dans l'état des exostoses, et deux fois encore les sangsues y furent mises. Successivement elles s'affaissèrent, et elles disparurent enfin entièrement. Coulon sortit le 25 : à cette époque, son bras était parfaitement libre, son estomac était rétabli, et les exostoses n'existaient plus; à peine sur le siège qu'elles avaient occupé, sentait-on de légères inégalités.......

Le 13 du mois de janvier 1824, il rentra dans mes salles. Selon son habitude, il me donna une note dans laquelle il faisait l'exposé de ce qui lui était arrivé depuis sa sortie de l'hôpital; la voici : « Quand je sortis de l'hôpital, la gonorrhée que j'avais en y entrant était totalement dissipée ; mais au commencement d'octobre, après une nuit passée avec une femme dont je suis parfaitement sûr, *elle reparut*, et détermina de fortes douleurs. Le 18 de ce mois, je bus du vin avec excès ; ma gonorrhée *s'arrêta* et n'a plus reparu. Mais le 25, il se manifesta dans chaque aine un engorgement qui me fit bien souffrir. Je mis dessus des cataplasmes émolliens, et je pris à l'intérieur de la tisane de salsepareille. Le 3 dé-

cembre, ils percèrent. Le 8, il en revint deux autres au-dessous des premiers, qui suppurèrent aussi. Après ceux là j'en eus encore deux autres (*voyez* prop. 9), qui furent un peu plus longs à se ramollir. Pendant que mes bubons me faisaient beaucoup souffrir, les douleurs que j'avais éprouvées dans le temps vers les jambes, se reproduisirent; mes exostoses reparurent. Bien plus, il se développa plus tard sur ma tête des tumeurs dures qui me font beaucoup souffrir, et mon bras gauche redevint un peu douloureux. Il est vrai que depuis le 8 décembre, je n'ai pas tenu de régime de vie; que je me suis remis à boire comme à l'ordinaire, et à voir des femmes, mais je dois dire que je ne leur ai donné aucun mal. »

A son entrée, Coulon présentait sur le front une tumeur du volume de la moitié d'une noix, dure, douloureuse à la pression. Il en avait une autre vers le sommet de la tête, et une troisième moins saillante vers l'angle de réunion des pariétaux et de l'occipital. Il avait en outre quelques petites croûtes éparses sur les tégumens du crâne. Il se plaignait d'éprouver de la gêne dans la déglutition; la muqueuse pharyngienne était rouge; les amygdales étaient un peu gonflées, sans ulcération; la bouche était mauvaise, la langue toujours pointue, rouge au sommet et sur les bords, jaunâtre vers son centre; la soif était assez prononcée, l'appétit nul; la peau halitueuse. Coulon avait des sueurs abondantes pendant la nuit; il était constipé.

Sur le tibia droit, il y avait une exostose à la partie supérieure et dans le même endroit qu'occupait la première, mais il existait en outre dans l'étendue de deux pouces à-peu-près, un gonflement de son extrémité inférieure. Sur le tibia gauche, il y avait aussi une exostose, mais elle en occupait la partie moyenne; les douleurs étaient plus vives dans les muscles placés près d'elle que dans elle-même. Il éprouvait encore, sur-tout pendant

la nuit, des picotemens dans diverses parties des jambes, et il avait dans chaque aine une tumeur dure, sans douleur à la pression et suppurante..

Pouvais-je, dans cet état, me permettre de recourir au mercure? n'aurait-ce point été compromettre l'existence de mon malade? un estomac aussi irrité aurait-il reçu impunément une substance aussi irritante? Non, assurément; j'aurais infailliblement aggravé la somme des maux qui l'accablaient en agissant ainsi, et la prudence comme le raisonnement me prescrivaient de suivre une toute autre marche. En effet; si l'on a bien fait attention à l'enchaînement des phénomènes de la maladie, on a pu se convaincre qu'il n'est pas besoin de l'admission d'un virus pour s'en rendre compte.

Coulon avait eu une gonorrhée douloureuse; il est excitable, nerveux; les douleurs qu'il éprouvait durent retentir aux ganglions inguinaux et les surexciter. Une ribotte est faite à cette époque; la forte excitation gastrique qui en résulte retentit à l'urètre, révulse son irritation, et l'écoulement est supprimé. Mais les ganglions qui étaient depuis long-temps irrités, le furent aussi par l'influence gastro-intestinale, et ils durent se gonfler. Bientôt l'inflammation se communiqua de l'un à l'autre ganglion, et plusieurs bubons se succédèrent. Plus tard, les douleurs des aines et de l'urètre retentirent aux parties qui avaient été déjà irritées; vers la jambe, des douleurs furent déterminées, l'os lui-même fut atteint, et les exostoses se reproduisirent. Enfin, sous l'influence des sympathies mises en jeu, d'une part, par les os malades, et, de l'autre part, par l'estomac sans cesse irrité, soit par les remèdes, soit par les boissons, la tuméfaction des os du crâne eut lieu. Ce rapport d'altération ne doit pas étonner; il s'observe assez souvent; mais il n'est pas remarqué, vu que partant d'une idée préconçue on rattache tout au virus, et on s'inquiète peu de la succession des

phénomènes morbides. Dans ce cas, il était très-manifeste qu'il existait une espèce d'équilibre entre les tumeurs de la tête et celles de la jambe ; de manière que quand les unes grossissaient les autres diminuaient, et *vice versâ*.

La continuité des actes vénériens pendant la maladie peut aussi avoir été cause de la production de ces phénomènes; car on sait qu'un des effets immédiats du coït trop fréquent chez les personnes nerveuses et impressionnables, est un sentiment de lassitude générale et de douleur dans les parties fibreuses des membres sur-tout, où ces excitations répétées et aidées des influences morbides exercées par les organes souffrans sont bien suffisantes, à mon avis, pour produire des exostoses.

Comme quatre à cinq traitemens mercuriels avaient été faits, et qu'ils avaient concouru à aggraver chaque fois le mal, je ne pensai pas qu'on pût supposer l'existence d'un virus, et je recourus aux émolliens.

Des cataplasmes émolliens furent mis sur les jambes et sur la tête. Des boissons gommeuses, des bains, la diète furent prescrits, ainsi que les frictions avec la teinture d'iode pour les bubons. Les douleurs des exostoses des jambes diminuèrent d'abord, mais plus tard elles augmentèrent et nécessitèrent une application de huit sangsues. Le lendemain, il y avait une amélioration notable, et hors l'exostose coronale qui était *devenue plus douloureuse*, le malade était dans l'état le plus satisfaisant. Au bout de quelques jours, le mal de gorge fut dissipé et les bubons guérirent. Six sangsues furent mises sur la tumeur de la tête qui était douloureuse, elles produisirent un effet très-favorable. Au commencement du mois de février, le bras droit devint tout-à-coup roide, douloureux, et à-peu-près dans le même état dans lequel il était la première fois. Plus tard les douleurs qui y furent perçues devinrent très-vives et nécessitèrent des bains opiacés, des linimens, des cataplasmes et des sangsues. Mal-

gré ces moyens, elles s'étendirent à l'articulation scapulo-humérale. (*Bains, flanelles imbibées d'huile opiacée, cataplasmes, une seconde application de sangsues au pli du bras.*) L'amélioration fut cette fois très-notable; mais. chose remarquable, c'est que quand les douleurs de ce côté furent très-faibles, il s'en développa dans la même articulation du côté opposé, qui devinrent bientôt assez vives pour fixer toute mon attention. J'employai contre elles les mêmes moyens qui m'avaient été utiles contre les premières, et après quelques jours je réussis à les dissiper.

Le 25, il existait encore de la roideur dans les mouvemens; ceux de pronation et de supination étaient impossibles à exécuter. Les exostoses de la jambe étaient totalement indolentes; les tumeurs de la tête, dont les douleurs avaient alterné avec celles produites par les premières, étaient aussi indolentes et réduites à un faible volume.

Je ne ferai pas une exposition journalière des prescriptions que je fis, et des symptômes présentés par ce malade, ce serait trop fastidieux. Je me bornerai à dire sommairement, que les douleurs des bras se reproduisirent, et furent attaquées victorieusement par les sangsues; que par la continuation des cataplasmes et des bains, et en ayant soin de soustraire ces parties à l'impression de l'air, j'obtins la guérison; que les exostoses des jambes devinrent fois douloureuses et deux fois furent ramenées par les sangsues à leur premier état; que pendant long-temps le malade présenta des alternatives de bien et de mal, correspondant sur-tout aux variations atmosphériques; que son estomac fut toujours surveillé avec soin, et ramené graduellement à son état normal, par un régime sévère, des boissons adoucissantes et calmantes; que les exostoses des jambes diminuèrent graduellement et finirent par se dissiper entièrement; que celles de la tête disparurent aussi, et même avant les premières; enfin, que le malade sortit le 1.er avril 1824, n'ayant pris d'autre excitant que

l'iode en frictions pour les bubons, et un léger purgatif que je lui accordai au moment de son départ.

Qu'après de tels faits, on nous parle encore de l'âcreté, de la force corrosive, de l'incurabilité du virus vénérien, combattu autrement que par le mercure! qu'on regarde comme spécifiques les divers maux dont on a composé son domaine! qu'on nous peigne sous des couleurs sombres les nombreux accidens dont on voit menacé le malheureux qui est assez imprudent pour ne pas *assurer* sa santé par un peu de condescendance pour les vieilles théories, et un usage *méthodique* des préparations mercurielles! qu'on prétende que le mercure ait une propriété spécifique! que les phénomènes appelés consécutifs sont des indices d'une infection générale! qu'on nous oppose enfin l'expérience de quatre siècles (comme si la répétition d'une erreur par des milliers d'individus lui donnait la valeur d'une vérité), on en est le maître : on sera approuvé par la multitude, et nous serons taxés d'enthousiasme, de fanatisme, de folie même, tant il est vrai qu'on regarde toujours comme déraisonnables les personnes qui, interrogeant la nature sans prévention, veulent voir par elles-mêmes et osent s'écarter du sentier de l'erreur, alors même qu'il a été frayé par de grands hommes, battu par une multitude d'admirateurs, et considéré comme le seul praticable! Mais forts de notre expérience et de notre conviction, nous n'en continuerons pas moins à répéter ce que nous avons dit dans nos propositions et dans notre Mémoire sur l'iode : *Le virus est un produit informe de l'imagination, et l'infection de l'économie par cet être mystérieux est une hypothèse ridicule, démontrée fausse par l'observation.* Plus tard nous démontrerons, d'une manière plus concluante, la vérité de ces propositions, et nous ferons ressortir la futilité des raisonnemens qui ont servi de bases à la théorie contre laquelle nous nous élevons. Heureux si nos intentions ne sont pas dénaturées, et si

l'on ne voit dans nos efforts que le zèle qui nous anime pour le triomphe de ce que nous pensons être une vérité d'une grande importance pour l'humanité !

En résumé général, sur trente-trois observations qui sont consignées dans ce Mémoire, il en est vingt dans lesquelles les phénomènes de syphilis confirmée ont pu être observés chez des individus qui avaient fait usage des préparations mercurielles; neuf, dans lesquelles le traitement des symptômes primitifs n'avait été que local, et quatre dans lesquelles des accidens, même plus graves que ceux observés chez les premiers malades, ont été remarqués, bien que les individus qui en étaient atteints n'eussent jamais éprouvé aucun mal qui pût faire suspecter la syphilis.

Dans tous ces cas, le mode de développement, la succession, la marche des phénomènes morbides, ont pu être appréciés avec facilité, et être expliqués sans qu'il fût nécessaire de recourir à un virus, dont l'existence ne pouvait d'ailleurs raisonnablement être supposée que chez les neuf malades qui, après avoir été atteints de maux vénériens primitifs, n'avaient pas fait usage *du souverain remède*. Dans tous, les caractères étaient à-peu-près les mêmes, et il était impossible d'établir entre eux une distinction relativement à leur marche, à leur développement, à leur manière de se comporter sous l'influence des agens thérapeutiques : ce qui prouve évidemment qu'ils étaient identiques, et que la circonstance commémorative d'un ulcère ou d'une urétrite antérieure ne peut pas être considérée comme suffisante pour établir la spécificité des maux qui se développent dans la suite.

La guérison a été opérée avec facilité, sans mercure; et le temps qui a été nécessaire pour l'obtenir a été certainement moins long que s'il avait fallu recourir à ce métal si souvent dangereux.

Ainsi dix malades ont guéri dans l'espace de dix à vingt-

cinq jours ; neuf dans celui de vingt-six à quarante jours, dix dans celui de quarante à soixante, trois dans celui de deux à quatre mois, et un dans l'espace de six mois.

Il résulte de ces considérations, que, puisque les altérations qu'on considérait comme des indices d'une infection de l'économie et comme nécessitant un traitement long, dégoûtant et souvent dangereux, sont bornées au point seul qu'elles occupent, et peuvent se guérir avec facilité à l'aide de moyens appropriés à leur nature non spécifique; puisque d'autre part (et comme nous le démontrerons ailleurs), sur cinquante ou soixante malades traités sans mercure, il en est à peine un ou deux qui présentent des accidens consécutifs; et, puisqu'enfin l'usage du mercure ne prévient pas leur apparition, comme le prouvent les vingt faits que nous avons cités, il en résulte, dis-je, que la maladie n'est pas produite par un agent spécifique, destructible par le seul mercure, et qu'il y a un immense avantage à s'abstenir de ce métal dans le traitement des phénomènes primitifs.

Je borne là mes réflexions, quoique les faits que j'ai présentés pussent donner lieu à des considérations beaucoup plus étendues, persuadé que le lecteur impartial suppléera aisément à la lacune que je laisse volontairement dans ce travail, et saura tirer toutes les conséquences qui peuvent en être déduites.

---

*Recherches sur diverses parties du produit de la conception, considéré chez l'homme; par M. VELPEAU, aggrégé à la Faculté de Médecine, chef de clinique à l'hôpital Saint-Côme, etc. (Lues à l'Académie de Médecine en mai 1824.)*

DANS tous les temps, la génération a été l'objet de nombreuses recherches et de volumineux écrits. Mais, malgré tant de travaux et les théories qui en sont nées,

la nature de cet acte ne peut encore être démontrée. Ne pouvant pénétrer l'essence de la fonction, il a bien fallu se contenter d'en étudier le produit. La science a réclamé de nouveaux efforts, et on les a dirigés sur le développement des diverses parties qui le composent. Cette branche si délicate, si difficile et sans contredit la plus belle de l'histoire naturelle a fait d'immenses progrès depuis un siècle. Elle a reçu du nôtre en particulier une impulsion qui semble la pousser rapidement vers le plus haut point de perfection dont elle soit susceptible, et maintenant surtout l'attention s'est spécialement arrêtée sur elle.

Néanmoins il semble qu'il reste bien à chercher et à dire; que de points sont encore obscurs! En effet quel est l'esprit juste, et qui ne s'aveugle pas sur nos connaissances actuelles, qui pourra se persuader que les travaux de Swammerdam, de Haller, Spallanzani, Sœmmering, Blumenbach, etc., suffisent pour nous faire connaître l'œuf des animaux en général et celui de l'homme en particulier? Qui n'a été frappé de la divergence de sentimens de ces hommes célèbres? Que de doutes, que d'incertitudes restent encore à éclaircir quand on vient de parcourir les ouvrages de MM. Cuvier et Dutrochet, Meckel et Oken!

A quoi peut tenir cette confusion d'idées, d'opinions, sur les mêmes faits? La nature serait-elle différente pour l'un de ce qu'elle est pour l'autre? Non, sans doute, les causes de ce désaccord doivent se trouver ailleurs. Il faut les chercher, je crois, dans la ténuité des objets, dans la difficulté de les isoler, dans la rareté que l'on a de les examiner, et probablement aussi en ce qu'on a souvent pris pour naturels et réguliers des produits altérés et déformés par des maladies.

Embarrassé pour former mon opinion sur tout cela, je désirais fortement et depuis long-temps examiner

moi-même les objets. Comme il ne s'agissait ici que de faits susceptibles jusqu'à un certain point de démonstration mathématique, j'ai pensé que tout homme dépourvu d'idées préconçues pouvait y voir de ses propres yeux. Ensuite, comme la plupart des conséquences que l'on a tirées des observations que l'on possède, et des raisonnemens qu'on a établis, ont été appliquées à l'homme d'après ce qu'on avait vu chez les animaux, il m'a semblé que cette méthode pouvait entraîner dans de graves erreurs, et qu'il était indispensable, pour l'exactitude des résultats, d'observer attentivement ce qui se passe chez le premier, toutes les fois qu'on en rencontre la possibilité. Enfin comme j'ai pu me procurer plusieurs embryons et fœtus de divers âges chez la femme, je suis parvenu à satisfaire en partie mes désirs, et j'ai cru que mes observations pourraient peut-être servir à l'éclaircissement de points encore obscurs ou litigieux de la science. Ceux de ces points qui m'ont particulièrement occupé, sont : 1.° la formation de la caduque et ses rapports avec l'utérus et les autres membranes; 2.° la manière dont se forme l'intestin et le lieu qu'il occupe chez l'embryon; 3.° l'existence ou la non existence de la vésicule ombilicale et l'allantoïde dans l'œuf humain, leurs communications et leurs rapports avec le tube digestif et la vessie, etc.; 4.° enfin, quelques remarques sur le cordon ombilical et le placenta.

Depuis le mois d'octobre, époque à laquelle je voulus soumettre la première partie de ces recherches au jugement de l'académie, je me suis procuré un certain nombre d'œufs nouveaux. M. Breschet, qui, comme on sait, s'est déjà utilement occupé des mêmes objets, m'a proposé de les réunir aux siens et de les travailler de concert, de manière que les observations sur les points que j'ai indiqués, quoique publiées par moi, ont cependant été discutées lorsque nous étions réunis, et que les dis-

sections sur lesquelles elles se fondent ont aussi été faites en sa présence.

I.re *Partie. — De la caduque ou membrane préexistante.* — Quoiqu'aucune des membranes de l'embryon n'ait donné lieu à autant de discussions et d'écrits, je ne crois pas cependant avancer un paradoxe en disant qu'il n'en est pas de plus mal connue. A peine trouve-t-on deux auteurs qui soient d'accord sur sa formation et ses usages, et s'il est vrai que dans tous il y a des vérités qu'il faut saisir, dans tous aussi il y a de nombreuses erreurs qu'on doit s'efforcer de faire disparaître; puissé-je parvenir à en rectifier quelques-unes!

Je dois dire avant d'aller plus loin que mon but n'est point de donner l'histoire complète de cette singulière membrane, pour laquelle il me manquerait encore bien des matériaux, histoire qui sera d'ailleurs beaucoup mieux placée dans un traité général d'embryologie, ouvrage qui manque à la science et dont s'occupe actuellement M. Breschet. Je ne m'arrêterai que sur les points qui ont excité les discussions les plus variées et sur lesquels on est le moins d'accord: sur ceux par exemple qui sont relatifs aux rapports de la caduque avec les membranes propres de l'œuf, à la formation de ses deux feuillets et à leur persistance. Ce que j'ai observé sur les autres points étant presque semblable à ce qu'en ont dit Hunter et Sœmmering, MM. Lobstein, Chaussier, Burns, je n'ai pas cru devoir en parler. En outre, l'on me pardonnera de ne rien dire des descriptions qu'en ont données Galien, Aretée, J. Fabrice, Fallope, Ruysch, Haller et quelques autres avant Hunter. Elles sont trop incohérentes et trop vagues pour être comparées à celle de ce dernier auteur. Je négligerai aussi les opinions d'un grand nombre d'accoucheurs qui ont paru depuis: vu que presque tous la décrivent comme s'ils ne l'avaient jamais vue, ou bien ils en parlent à peine; quelques-uns vont même jusqu'à en

nier l'existence, au mépris du témoignage des sens les moins exercés. Je ne prétends pas du reste que les idées que je vais émettre soient entièrement neuves, je sais qu'elles se trouvent au contraire en parties répandues dans plusieurs ouvrages, par fragmens; mais elles y sont si vaguement exposées, que les auteurs paraissaient ne s'être pas compris eux-mêmes et qu'il est bien difficile à ceux qui les lisent de les entendre. Hamilton, par exemple, (*Ménagement of femalè complaint*, etc.), s'exprime ainsi : *Le vrai chorion est couvert par le faux chorion ; ce faux chorion est double, de manière que l'un de ses feuillets recouvre la totalité de l'œuf et semble se renverser en arrière, à la circonférence du placenta, pour tapisser la face interne de l'utérus.* Puis il n'en dit pas davantage. On ne reconnaît là qu'une phrase tronquée prise dans Hunter, et qui a été reproduite plusieurs fois depuis par des hommes d'ailleurs très-recommandables, mais qui ont inexactement développé le mécanisme de cet arrangement, et qui paraissent d'un autre côté se contredire assez fréquemment, comme j'aurai occasion de le faire voir.

Il est bien vrai encore qu'il est dit dans l'estimable ouvrage de M. Gardien, que la caduque tapisse d'abord toute la cavité utérine, et que l'ovule, arrivant par la trompe, la détache et la pousse devant lui pour s'en envelopper ; mais cette idée, qui à mon avis est la véritable, n'y est fortifiée d'aucun fait. Elle est d'ailleurs exposée de manière à ne pas entraîner la conviction. En outre elle n'a point été adoptée généralement. Des hommes du plus grand mérite même, M. Chaussier entre autres, en nient la réalité, quoique M. Moreau soit venu l'appuyer de quelques observations en 1814. A cet égard je suis étonné même que les faits consignés dans la thèse de ce médecin n'aient pas fixé d'une manière plus marquée l'attention des physiologistes sur ce point d'histoire

naturelle. Il me semble effectivement qu'il est un de ceux qui ont le mieux compris et expliqué plusieurs points du développement de la membrane qui m'occupe dans ce moment. Ses notions, sous ce rapport, paraissent se rapprocher beaucoup de la vérité, et quoique je ne partage pas son opinion sur tout ce qu'il en dit, je trouve cependant avec plaisir dans sa dissertation plusieurs faits susceptibles de fortifier la mienne.

Si l'idée qu'il exprime en répétant la phrase suivante après M. Gardien, et que je regarde comme incontestable, n'était pas obscurcie et contredite dans la suite de leurs écrits, il ne resterait qu'à la confirmer par des observations nouvelles et bien faites. Voici comment s'exprime le dernier auteur que je viens de citer : « La caduque est une membrane qui se forme dans l'utérus après un coït fécondant, avant que l'ovule y soit descendu, lequel, en y arrivant de la trompe, ne pénètre point dans la cavité de la membrane, mais la repousse et s'en enveloppe de manière que la partie entraînée par le chorion finit par se trouver en contact avec celle qui reste fixée à la matrice. » Jusque-là rien de plus exact; mais ensuite il n'est plus guère possible d'entendre les physiologistes ni de les accorder entr'eux. Ici, par exemple, on voit Stein, entr'autres, qui paraît avoir eu la même idée, affirmer que la caduque utérine se réfléchit sur le chorion comme le feuillet interne du péricarde sur le cœur. Puis, immédiatement après, il dit que cette membrane recouvre non-seulement les vaisseaux superficiels du placenta, mais qu'elle pénètre aussi son tissu, et que le placenta lui-même n'est qu'une portion de la caduque plus forte et plus épaisse dans ce point que partout ailleurs. Or, si la caduque se replie à la circonférence du placenta sur le chorion, comme le péricarde sur le cœur, elle ne peut pas former ce corps ni couvrir ses vaisseaux. Il est clair que dans cette proposition il y a en même

temps erreur et contradiction. Là, c'est M. Lobstein qui, après avoir expliqué de la même manière la formation du feuillet réfléchi, dit aussi que le placenta et les vaisseaux sont obligés de traverser la caduque pour arriver à la matrice, etc. Ailleurs c'est Hunter, dont on n'a guères fait qu'embrouiller les recherches sur ce point de la science; qu'il paraît également difficile d'accorder avec lui-même. En effet, après avoir, pour ainsi dire, démontré, à l'aide de figures assez bien faites, que sa *membrana decidua* se comportait de la manière que l'indique M. Gardien, avec l'ovule, c'est-à-dire à la manière des membranes séreuses, il montre, dans un autre dessin, cette tunique interposée dans tous ses points entre l'utérus et l'ovule qu'elle renferme dans sa cavité. Puis, comment se peut-il faire que l'embryon décolle, repousse la caduque et s'en enveloppe en pénétrant dans la matrice, puisqu'il dit que cette membrane est percée dans les points qui correspondent à l'ouverture des trompes et du col? Si la poche est percée dans l'endroit que vient toucher l'ovule, il ne la décollera pas, il pénétrera dans sa cavité; et s'il pénètre dans sa cavité, d'où vient la lame réfléchie? De sorte que ces savans écrivent, d'une part, que la caduque, parvenue au pourtour du placenta, se replie pour envelopper le chorion, tandis que de l'autre ils disent que les vaisseaux par lesquels le fœtus reçoit les matériaux de la nutrition ne peuvent s'implanter à la matrice qu'après avoir traversé cette membrane; ce qui est encore une contradiction; contradiction qu'a bien sentie M. Philippe Béclard, et qu'il a essayé de faire disparaître en supposant, dans sa dissertation, que l'ovule, en s'enfonçant dans la caduque qu'il entraîne, pouvait permettre à l'ouverture apparente qu'il a faite en passant, de se refermer par derrière, de manière que le placenta, qui se forme plus tard, ne pourrait effectivement, dans cette hypothèse, s'attacher à la matrice, qu'en traversant non-seu-

lement le feuillet utérin, mais encore la lame réfléchie de la membrane en question. Cette opinion est contredite par les faits et n'est pas plus admissible que celles qu'elle cherche à concilier.

On ne peut pas plus admettre celle de M. Chaussier. Selon ce professeur, lorsque le petit œuf arrive dans l'utérus, la caduque n'est encore qu'une matière pulpeuse qui remplit la cavité de l'organe; il s'enfonce dans cette matière, s'en enveloppe en totalité, et ce n'est qu'un peu plus tard qu'on y reconnaît l'apparence d'une membrane bifoliée, que devront nécessairement traverser les vaisseaux de l'enfant pour s'unir à ceux de la mère.

Ces différentes manières d'envisager les choses ont tout naturellement donné lieu à la question suivante: savoir, si la membrane caduque, arrivée au pourtour de l'éponge placentaire, s'interpose entre cet organe et l'utérus, ou bien si elle s'arrête dans ce point pour revêtir les membranes propres de l'enfant. Haller, les deux Hunter, Stein et les autres Allemands paraissent être tour-à-tour de ces deux opinions; MM. Lobstein, Chaussier, etc., sont du premier avis. MM. Gardien, Moreau, Burns et quelques autres semblent penser, au contraire, dans quelques passages de leurs écrits, que la caduque ne revêt la cavité utérine que jusqu'au placenta, et que la lame qu'on trouve derrière ce corps n'a aucun rapport de nature avec cette membrane. Les faits que j'ai pu examiner ne me laissent pas le moindre doute sur la vérité de cette dernière opinion, vérité que j'espère pouvoir rendre parfaitement évidente. Voici, au reste, ce que j'ai remarqué.

I.re *Obs.*—Sur le premier œuf, de 20 à 30 jours, très-complet, du volume et de la grosseur d'un gros œuf de poule, n'ayant qu'une très-petite déchirure à son extrémité la moins volumineuse, dont la surface externe

était blanchâtre, inégale et bosselée, mais sans villosités ni prolongemens vasculaires, offrant quelques saillies lamellées qu'on en détache avec facilité, on voyait en haut une rainure peu profonde qui circonscrivait une aire de cinq à six lignes de diamètre; les tubercules qui remplissaient cette aire étaient plus petits, plus rapprochés, plus faciles à séparer, à isoler les uns des autres que ceux du reste de la surface externe; ils en diffèrent d'ailleurs sous tous les rapports : ce sont autant de petits grains irréguliers supportés par des pédicules courts, grèles et assez résistans cependant. Ouverte d'un côté et perpendiculairement, les parois de cette vessie n'ont pas partout la même épaisseur; dans quelques points j'ai trouvé jusqu'à deux lignes; dans quelques autres il n'y avait qu'une demi-ligne. Cette coupe, du reste, laisse voir un tissu parfaitement homogène qu'on peut séparer en lamelles, mais qui n'offrent aucune régularité. La cavité est lisse. Elle était remplie d'un fluide séreux, transparent, légèrement teint de rouge. On voit à sa partie supérieure ou dans son fond une saillie légèrement bosselée, de huit à neuf lignes de diamètre, dont la circonférence correspond à la rainure de la surface externe, et qui est évidemment formée par l'embryon qui a poussé la caduque devant lui. En l'examinant de nouveau par dehors, on voit que la portion qui remplit le cercle dont j'ai parlé, était unie à la matrice comme l'est le reste de l'ovule à la lame de la caduque qui fait saillie en dedans. Si l'on soulève l'un des points de ce cercle, on aperçoit aussitôt la face externe du chorion à travers les granulations qui le recouvrent et qu'on écarte, granulations qui sont unies à la face externe du cercle et de l'excavation dont ce cercle forme l'entrée, par des filamens fins, excessivement nombreux et peu résistans, ce qui rend la séparation de ces parties très-facile. Ces granulations et ces filamens constituent probablement ce qu'on a généralement décrit

sous le nom de *villosités*, de *tomentum*, etc.; en tout cas, on paraît s'en être fait une idée bien inexacte et fort éloignée de la vérité.

Ce ne sont en effet ni des flocons ni des rudimens vasculaires, ni un tomentum villeux, comme tout le monde l'a dit et répété; ce sont des grains très-petits, mais arrondis, qui enveloppent le chorion en totalité, auquel ils donnent un aspect chagriné; ils paraissent être de nature celluleuse; vus à la loupe, ils ressemblent à une petite ampoule transparente. Ils ont assez de consistance, quoiqu'on puisse pourtant les écraser facilement entre les doigts. Leur union au chorion a lieu par des pédicules courts et assez solides, tandis qu'ils ne tiennent à la caduque que par des filamens de la plus grande finesse et très-faciles à rompre. Cette disposition paraît se maintenir d'une manière assez claire pendant les vingt premiers jours; alors arrivent des changemens qui ont pu en imposer sur leurs apparences vasculaires. Tout porte à croire que ces granulations existent déjà sur l'ovule qui descend de la trompe dans l'utérus, du moins dans la pièce que je décris et dans plusieurs autres que j'ai examinées, et qui étaient plus rapprochées encore du moment de la conception, je les ai trouvées parfaitement semblables, et même d'autant plus volumineuses relativement que le petit œuf était moins avancé. D'ailleurs elles sont trop nombreuses; celles qui sont enveloppées par l'épichorion sont trop exactement analogues à celles qui remplissent l'aire dont j'ai parlé plus-haut, pour qu'elles se soient développées depuis que l'ovule est arrivé dans la matrice. Ce qui le prouve encore, c'est que celles qui sont en contact avec cet organe continuent de croître et ne tardent point à se confondre pour former la masse placentaire; tandis que celles qui sont recouvertes par le feuillet réfléchi de la caduque, diminuent au contraire graduellement à mesure que l'œuf grossit.

D'où il résulte que les premières sont destinées à s'unir immédiatement à l'utérus pour former le placenta, au lieu que les autres s'affaisseront, s'atrophieront pour ainsi dire, de manière à ne plus laisser que des filamens solides qu'on retrouve encore à l'époque naturelle de l'accouchement; j'aurai occasion de revenir sur ces particularités.

En suivant la coupe verticale de la membrane jusqu'à l'endroit où doivent rester les premiers vaisseaux placentaires, on la voyait facilement se recourber sur le chorion de manière à l'envelopper exactement, comme l'est la tête par les bonnets dont les hommes se couvrent la nuit. Enfin cette membrane présente ici un véritable sac sans ouverture, et se comporte absolument comme les membranes séreuses.

II.e *Obs.* — Sur le second œuf, qui ne peut avoir que 15 ou 20 jours, j'ai vu l'ovule hérissé de ces granulations, n'être encore qu'à moitié enfoncé dans la caduque qui était déchirée en plusieurs endroits, mais ce qui n'empêchait pas d'en suivre l'arrangement et les rapports qui étaient tout-à-fait semblables à ce que j'ai dit de la précédente.

III.e *Obs.* — Sur le troisième, fourni par M. Breschet, en apparence plus avancé de quelques jours que celui de la première observation, du volume d'un œuf de dinde, de forme presque triangulaire, on remarque en haut d'une de ses régions, sans qu'on puisse savoir si c'est l'antérieure ou la postérieure, un cercle de huit à neuf lignes de diamètre, dans lequel on voit aussi des granulations, mais qui, dans ce cas, sont surmontées de filamens plus alongés et plus forts; ce qui n'empêche pas qu'on parvienne facilement à enlever l'ovule de la cavité qu'il s'est faite dans la caduque, comme on peut le voir sur la figure.

Lorsque cette membrane est ouverte, elle présente une

cavité régulière, lisse et remplie d'un fluide limpide et séreux. On y remarque une bosselure correspondante au cercle de la face extérieure, de douze ou quinze lignes de diamètre. Cette bosselure est le feuillet réfléchi, un peu plus prononcé que dans l'observation première.

IV.e *Obs.* — Sur le quatrième, procuré par M.me Lebrun, sage femme, de forme plus alongée, du terme d'environ cinq semaines, j'ai trouvé la même disposition, si ce n'est que la circonférence du cercle, fort amincie, commençait à se confondre avec le pourtour du placenta qui était déjà distinctement formé, de manière qu'on ne distinguait plus les granulations de l'extérieur du chorion qui formait une poche assez volumineuse, laquelle avait suffisamment repoussé le feuillet réfléchi, pour que la cavité de la caduque en fût plus d'à moitié remplie.

V.e *Obs.* — Sur le cinquième, qui appartient à M. Breschet, plus gros que les précédens, qui paraît avoir environ six semaines ou deux mois, de forme ovalaire, qui est noirâtre, coriace et lamellée en dehors, probablement parce qu'il est resté long-temps dans l'alcohol, et qu'il était couvert de sang quand on l'y a plongé, on voit également un cercle très-irrégulier, mais au moins d'un pouce et demi de diamètre vers son fond. On remarque dans ce cercle plusieurs faisceaux vasculaires, libres à leur extrémité, mais confondus à leur base pour former le placenta. En ouvrant cet œuf, on voit que l'amnios est presque entièrement détruit; on n'en voit plus que quelques lambeaux qui, quoique tenant encore au chorion, paraissent cependant comme flottans dans sa cavité. Excepté vers la pointe de l'œuf, les deux lames de la caduque se touchent presque partout; d'ailleurs elles sont dures, rouges et altérées. Néanmoins on les isole facilement jusqu'au point où elles se replient pour s'arrêter au pourtour placentaire.

VI.e *Obs.* — Sur le sixième, examiné dans l'utérus

même, chez une femme morte de cancers cérébriformes du péritoine et des ovaires, à l'hospice de la Faculté, au quatrième mois de sa grossesse, la matrice fendue crucialement sur sa face antérieure, j'ai trouvé qu'elle était unie à la caduque et au placenta par de simples filamens celluleux, très-peu résistans. Je n'ai pu voir aucun abouchement de vaisseau, ni de prolongement solide qui se portât d'un vaisseau dans l'autre. Elles paraissaient être collées par une espèce de gluten qui permettait de les séparer sans déchirure, en introduisant le manche d'un scalpel entre-elles : c'était une simple contiguité. On doit remarquer que cette disposition est loin de ressembler à ce qui est écrit sur l'union de l'utérus et du placenta. Je ne m'y arrête pas davantage, parce que cela rentre dans des recherches sur l'organisation de la matrice dont je m'occupe depuis quelque temps.

Après cette séparation, la surface extérieure de l'œuf parut fort régulière, et il eût été difficile, au premier coup-d'œil, de déterminer là où finissait la caduque et là où se trouvait le placenta. Cependant, en l'examinant avec soin, il fut bientôt possible de distinguer ces deux organes, à la teinte un peu différente du placenta, dont la plus grande épaisseur allait en diminuant du centre à la circonférence, qu'indiquait une ligne irrégulière, lieu de sa terminaison, en se confondant avec la caduque.

Cette tunique était d'autant plus mince qu'on approchait davantage de l'orifice interne du col; là elle appuyait sur une substance ayant la couleur et la consistance de la gelée de groseilles, et qui remplissait le col en totalité. En fendant le feuillet utérin, on vit qu'il était encore séparé, dans quelques points de l'épichorion, par une couche mince de matière albumineuse: On put renverser cette lame jusqu'au placenta, où la réflexion était aussi

claire et aussi évidente que dans les plus jeunes fœtus que j'aie vus.

Un septième, du terme de sept à huit semaines, que m'a procuré M. Boulon, un huitième et un neuvième que je dois à l'obligeance de M.me Avroin, sage-femme, et deux ou trois autres encore m'ayant exactement présenté les mêmes particularités, sans aucunes différences que celles qui tiennent au plus ou au moins de volume ou d'âge, il me semble qu'il est inutile d'en rapporter l'observation en détail. Celles que je viens de relater suffisent, je crois, pour démontrer que telle est la disposition naturelle de la membrane caduque dans les quatre premiers mois de la gestation ; et je suis bien convaincu que si quelqu'un ne rencontre pas la même chose, cela tiendra à quelques circonstances accidentelles, et non à la nature différente des parties, à moins d'altérations pathologiques, qui sont, pour le dire en passant, bien plus communes qu'on ne le pense généralement dans ces organes. Je pense même que c'est en partie à ces altérations que sont dues les opinions si opposées des auteurs sur la nature et l'arrangement des parties constituantes de l'œuf. Il est indispensable de ne pas oublier leur possibilité, si l'on veut tomber d'accord.

Voyons maintenant ce que deviennent les deux feuillets de la membrane de connexion, après le quatrième mois. Peut-on encore distinctement les reconnaître jusqu'à la fin de la gestation ? Presque tous les auteurs sont du même avis sur ce point, savoir : que le feuillet réfléchi devient si mince, si ténu, qu'il finit par disparaître entièrement vers le quatrième mois de la grossesse, ou du moins qu'il s'unit si intimement, plusieurs mois avant l'accouchement, avec l'autre lame, qu'il n'est plus possible de le retrouver ; de manière que plusieurs auteurs en ont conclu qu'il n'avait jamais existé deux lames distinctes appartenant à la membrane caduque.

Je ne connais que *Krumacher* qui ait dit le contraire. Néanmoins, quoiqu'on puisse facilement expliquer cette union de deux lames membraneuses par leur contact prolongé, en conservant l'idée que je m'étais faite de leur développement, je voulus m'en assurer positivement, ayant d'ailleurs souvent des *placentas* à ma disposition, il m'a été facile de m'en occuper fréquemment. Je pris d'abord les membranes d'un délivre à terme; je commençai par séparer l'amnios du chorion, puis j'enlevai la substance qui recouvre ce dernier. J'essayai ensuite de la diviser en deux lames; ce qui me fut impossible, parce qu'elle se déchirait à la moindre traction. Une seconde fois je m'y pris différemment : alors je séparai ces tuniques en commençant par l'externe. Je choisis d'abord le point le plus opaque ou le plus épais, et je ne fus pas peu surpris de la facilité avec laquelle je pus isoler les deux feuillets de la caduque; je parvins bientôt à en emporter des lambeaux que je pouvais facilement poursuivre jusqu'à la circonférence du placenta. Depuis lors j'ai séparé ces lames au moins cinquante fois, et je n'ai jamais rencontré un seul cas où il ne fût possible de les démontrer; seulement il est à peu près impossible de les avoir entières et de les faire sécher, par la raison que pendant l'accouchement elles se déchirent, et qu'il en reste des lambeaux dans l'utérus. En outre, elles sont tellement minces dans quelques endroits, que quand elles sont séparées, l'une ou l'autre et quelquefois toutes deux en même temps se trouvent criblées de trous, ce qui fait que le plus léger mouvement les déchire, et que, même en se séchant, elles se rompent spontanément. Il faut dire encore que le feuillet épichorion est uni au chorion par de petits prolongemens celluleux très-résistans, d'autant plus nombreux qu'on approche davantage du placenta; d'où il résulte qu'en voulant les séparer, à moins de mé-

nagemens très-minutieux, on déchire ou le chorion ou la lame de la caduque qui lui correspond.

Ces filamens, qui empêchent ainsi la séparation de ces tuniques, me paraissent être les restes des pédicules qui supportaient les granulations du chorion dans les premiers temps de la grossesse. Ces corpuscules, en s'affaissant, s'implantent dans l'épichorion avec lequel ils se confondent, de manière qu'au lieu d'être simplement fixés sur le chorion par leurs racines, ils le sont par leurs deux extrémités dans les deux membranes.

Quoi qu'il en soit, malgré ces dispositions naturelles et désavantageuses, il est néanmoins toujours facile d'en conserver, par la dessication, des portions assez étendues; et dans tous les cas, les personnes les moins exercées aux dissections pourront facilement se convaincre de l'existence de ces deux feuillets en les cherchant sur un délivre frais; j'en conserve plusieurs sur des placentas secs qui ont plus d'épaisseur que les autres membranes.

Quelques personnes, peut-être, penseront que cette séparation est due à l'art et non pas à une disposition naturelle; mais pour être persuadé du contraire, il suffit de remarquer que la désunion a toujours lieu de la même manière; qu'il est impossible d'obtenir un plus grand nombre de lames régulières par lambeaux un peu étendus, quelques précautions que l'on prenne pour y parvenir; que d'ailleurs, dans certains cas, on les trouve séparées par une petite quantité de fluide, et, mieux que cela enfin, de les avoir disséqués une fois.

Il résulte de ces détails, je crois, qu'il serait facile de faire disparaître la confusion et les contradictions qui se trouvent dans la description qu'on a donnée de la membrane caduque, et que, loin d'être embrouillée comme elle l'est dans presque tous les écrits, rien ne doit être plus simple et plus facile à concevoir que la formation et l'arrangement de ses lames autour de l'œuf et dans l'intérieur de

l'utérus, pourvu qu'on se contente de voir ce qui est et de suivre le travail de la nature aux diverses époques de la gestation.

Il devrait suivre, ce me semble, d'après les observations qui précèdent, qu'on peut regarder comme incontestable et comme démontré l'exposé succinct que voici :

Chez la femme et la femelle de plusieurs animaux, le coït fécondant est suivi d'une exsudation membraniforme à la surface interne de l'utérus. Cette lymphe coagulable, ou matière séro-albumineuse, s'organise et forme une vessie moulée sur la cavité qui l'a produite, avant que le germe y soit descendu. Elle se prolonge quelquefois dans les trompes et dans le col utérin, comme l'ont déjà remarqué Krumacher, MM. Breschet et Dutrochet, etc. Ces prolongemens, que j'ai vus trois ou quatre fois, peuvent, dans certains cas, se porter assez loin dans les trompes; alors ils représentent des espèces de cornes dont on voit un bel exemple dans la figure du premier œuf que j'ai décrit. Dans aucun cas je n'en ai trouvé deux correspondre aux deux cavités tubaires sur le même œuf, et cela s'explique ; car, en supposant qu'ils aient existé, l'ovule qui aura parcouru l'une des trompes aura nécessairement dû détruire celui qui bouchait son passage. Ces appendices paraissent être ce que quelques auteurs ont décrit sous le nom de chalazes, quoiqu'ils n'aient aucun rapport avec les organes qui portent ce nom dans les oiseaux. Cette vessie est entière et non percée, comme l'avait annoncé Hunter; du moins sur aucune de celles que j'ai examinées, je n'ai pu rencontrer de traces d'ouverture naturelle, quoique j'y aie porté toute l'attention possible, et que j'en aie cherché sur des œufs depuis le terme de douze jours jusqu'à celui de quatre mois. Je crois même pouvoir affirmer qu'il n'en avait pas existé ; car dans tous les cas où la membrane était entière, elle renfermait un fluide qui remplissait complètement sa ca-

vité; et dans ceux où elle était déchirée, sa surface était lisse et régulière, de manière que, si les points correspondans aux orifices des canaux tubaires et au col eussent été percés, rien n'eût été plus facile que de s'en apercevoir.

Il paraît certain que cette poche se forme très-promptement et qu'elle conserve une forme tout-à-fait analogue à celle de la matrice, jusqu'à ce que l'embryon parcourant la trompe, vienne pour entrer dans cet organe. C'est alors seulement que sa figure va changer. En effet, au lieu de percer la membrane sur laquelle il arrive, le petit œuf la décolle pour se porter entre elle et la face interne de l'utérus à laquelle il va se fixer, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; mais plus fréquemment au fond et près de la trompe par laquelle il est venu pour des raisons qu'il est d'ailleurs aisé de deviner et que j'indiquerai en parlant du placenta. Ensuite il la déprime de plus en plus, à mesure qu'il grossit. Il s'en enveloppe en la décollant; mais il reste toujours greffé dans le même point de la matrice, et le placenta qui lui sert de racine croît en même proportion, ce qui force la caduque à s'écarter pour lui faire place, et l'empêche de passer derrière. L'augmentation graduelle de l'œuf fécondé fait qu'il descend peu à peu dans la tunique qui préexiste à son arrivée, mais en entraînant une portion de cette membrane avec lui, de sorte qu'il n'est pas à nu dans sa cavité. Ainsi se forme le feuillet réfléchi, qui s'amincit au fur et à mesure qu'il s'élargit et qui finit par se trouver contigu à la partie qui est restée attachée à l'utérus, parce qu'il vient une époque où le fœtus et les eaux enveloppés par l'amnios et le chorion ont assez de volume pour remplir la cavité de la membrane de connexion. Cette époque doit nécessairement varier beaucoup et suivant une foule de circonstances éventuelles qu'il est difficile d'indiquer. En général, après le quatrième mois, il paraît qu'il est rare qu'on puisse

trouver de cavité entre les deux lames de cette membrane ; mais quoiqu'elles soient contiguës, néanmoins ces lames ne se collent et ne se confondent à aucune époque de la grossesse, puisque, comme je l'ai dit et comme je pourrais le démontrer à ceux qui en douteraient après l'avoir essayé, il est toujours possible de les séparer après l'accouchement. A part les causes d'erreur que j'ai indiquées à cet égard, il faut aussi remarquer que la portion réfléchie est si mince qu'il doit être facile de se tromper en voulant la séparer. Cette épaisseur moindre que dans l'autre lame, n'a rien de difficile à comprendre cependant. En voici la raison : celle qui touche l'utérus est en contact avec un grand nombre de vaisseaux. Elle peut croître par conséquent et conserver son épaisseur en même temps que l'organe qu'elle tapisse ; celle du chorion, au contraire, enveloppe une membrane où le sang n'arrive pas, néanmoins il faut qu'elle s'agrandisse à mesure que l'œuf grossit ; comme elle ne peut que difficilement se nourrir, elle s'élargit donc en s'amincissant et d'une manière presque mécanique. Quant au point où la réflexion s'est faite, les deux feuillets y ont tellement été pressés qu'il en résulte une espèce de cercle qui se confond de telle sorte avec le placenta, qu'il n'y a plus moyen de l'en séparer sans déchirure après le troisième mois, et qu'il est facile d'expliquer pourquoi les auteurs qui ne l'ont examiné qu'à ce terme et plus tard, ont dit que ce n'était qu'une portion de la caduque épaissie.

Telle est, à mon avis, la marche que suit la nature dans le développement de celle des membranes de l'œuf des mammifères qui a le plus occupé les naturalistes depuis les travaux de Hunter. Cette marche peut être plus ou moins régulière, mais dans le fond elle est constamment la même chez la femme. Je sais bien que ces idées ne cadreraient pas parfaitement avec la théorie des analogies, car il est clair que ce que je viens d'indiquer pour l'homme

n'est pas applicable à une foule d'animaux. Les cotylédons ou les petites houpes qui constituent le placenta de la vache, l'arrangement de celui du cochon, par exemple, ne permettent pas une semblable explication. Le placenta circulaire du chien ne s'en accommode guère mieux; et beaucoup d'autres sont dans ce cas; mais aussi est-il bien démontré que cette tunique existe chez tous les quadrupèdes, comme l'a soutenu Haller? d'autres ne l'ont rencontrée que dans le singe. La lame mince, molle et fragile que l'on trouve chez le cabiai est-elle bien une véritable caduque comme dans l'homme?

Ces questions me semblent loin d'être résolues, et je crois qu'il est permis de les adresser encore aux savans qui se sont le plus occupés d'embryologie. Je n'ai observé que très-accessoirement le développement du produit de la conception dans les diverses classes d'animaux, mais ce que j'ai vu et la lecture attentive des travaux des observateurs les plus exacts qui ont écrit sur cette matière, suffisent pour me convaincre qu'il existe une énorme différence entre l'arrangement des membranes de l'œuf humain et la disposition de celle de l'œuf des autres animaux. Peut-on par exemple, sans rapprochemens forcés, et par conséquent sans s'éloigner de la vérité, comparer la coque de l'œuf des oiseaux, à la caduque des mammifères, comme l'a fait le savant M. Cuvier? Quelle analogie de forme, de développement existe-t-il entre cette coquille et la membrane que je viens de décrire chez l'homme? L'opinion de M. Dutrochet est-elle mieux fondée, quand il dit que la membrane de la coque des oiseaux est l'analogue de la caduque des autres animaux? Les rapports du vitelus, de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde, des chorions vasculaire et non vasculaire de cet auteur, avec la membrane qui enveloppe l'albumen de l'œuf, sont loin de ressembler, ce me semble, à ceux de l'ovule humain avec sa tu-

nique de connexion. Entre le fœtus du chien et ceux de plusieurs autres carnassiers, lorsqu'ils sont renfermés dans la matrice, on trouve un mucus jaunâtre, presque fluide, qui lubrifie aussi la surface interne de l'utérus. Mais je ne vois rien dans cette matière qui puisse porter à la comparer à la caduque, comme le fait l'auteur de l'anatomie comparée. La comparaison établie par M. Dutrochet, entre cette dernière tunique et celle qu'il a reconnue sur l'œuf de cet animal, n'est pas, je crois, non plus bien exacte. En effet, d'après ses propres paroles, elle enveloppait les membranes internes en entier et même la zône placentaire sur laquelle elle offrait un quart de ligne d'épaisseur. En outre elle formait dans cet endroit une grande quantité de petites gaines qui traversaient autant de racines du placenta; ailleurs elle était d'une grande ténuité. Or il n'y a rien, comme on l'a vu, qui se rapproche de cette disposition chez l'homme. Il en est de même de la couche lamellée qu'on observe à l'extérieur de l'œuf de la brebis, de la vache et des ruminans en général, des lapins et des autres rongeurs; si cette membrane qui s'en va par plaques et en écailles par la plus légère macération, est l'analogue de la caduque humaine, comme le veut M. Dutrochet, il faut convenir au moins qu'il y a dans leur développement de grandes différences. Enfin, je ne vois rien dans les recherches de ce savant, sur l'œuf des oiseaux, des ophidiens, des batraciens et des mammifères, qui puisse être véritablement comparé à la vessie préexistant à l'arrivée de l'ovule dans l'utérus de la femme; de sorte que je me crois en droit de conclure que les rapprochemens que l'on a voulu établir entre certaines parties membraniformes de l'œuf d'un grand nombre d'animaux et la caduque observée chez la femme, ne sont rien moins que démontrés, et que cet objet exige de nouvelles et nombreuses recherches pour être complètement éclairci.

(*La suite au prochain Numéro.*)

## MEDECINE ÉTRANGÈRE.

*De l'Aliénation mentale, avec cinquante observations suivies de l'autopsie cadavérique; par M.* NEUMANN, *conseiller royal de médecine de Prusse, et médecin à l'hôpital de la Charité de Berlin; traduit de l'allemand par* F. J. RIESTER.

Personne, depuis Hérophile et Erasistrate, n'a révoqué en doute que l'encéphale ne soit l'organe des perceptions, et personne n'a encore démontré ce qui se passe dans le cerveau au moment où l'homme se fait une idée quelconque. On ne sait pas même s'il s'opère un mouvement matériel dans cet organe pendant que nous avons un sentiment, une pensée, une impulsion de la volonté. La condition organique de la faculté de se faire des représentations ou d'avoir des idées, est une action de l'encéphale; tout le monde reconnaît cela, mais on ne sait absolument rien touchant la nature et la forme particulière de cette action.

Penser n'est pas former, et aucun acte de la vie organique, nul état nouveau d'une production vivante, n'est lié nécessairement à l'activité nerveuse. Le cerveau voit par l'œil et entend par l'oreille; mais ni dans celui-là ni dans ceux-ci, il ne s'opère, simultanément avec cela, une formation perceptible aux sens. L'impulsion, qui émane de l'encéphale, fait mouvoir les muscles; mais ni dans le premier ni dans les seconds, la volonté ne laisse après elle de trace durable de son passage. Il est encore bien moins possible de voir, à l'aspect du cerveau, quel fonds de souvenir, quelle force d'association dans les idées, quels trésors de connaissances, il a possédé jadis :

l'organe de la pensée d'un Schiller et celui d'un Pescheraeh présentent absolument les mêmes formes.

L'encéphale de l'homme n'a pas même de supériorité bien décidée sur celui des animaux mammifères ; celui de la souris, par exemple, est, relativement au reste du corps, aussi volumineux que le sien ; et parmi les oiseaux, il y en a dont l'encéphale est en proportion encore plus grand que le nôtre. Pas un seul petit organe ne distingue la masse encéphalique de l'homme d'avec celle du singe ; toute la différence consiste dans des rapports différens du développement de quelques parties encéphaliques. Il devrait du moins être permis de supposer qu'un cerveau sain puisse seul donner des représentations saines, et qu'un cerveau malade doive faire naître des représentations morbides. Mais nous voyons les plus grandes dégénérescences de l'encéphale, telles que des stéatômes, des suppurations, des lésions mécaniques, des déformations de la cavité crânienne, sans que la faculté des représentations en soit dérangée. Au moins, si les représentations sont morbides, faut-il que la cause réside dans l'organe ; car la maladie ne peut pas porter sur la force intellectuelle, mais bien sur le corps auquel elle est attachée. C'est ce qu'on devrait penser, et c'est aussi dans cette opinion qu'ont été entreprises les autopsies suivantes.

*Obs. I.re* Auguste W....., horloger, âgé de 35 ans, était affecté depuis trois mois d'une manie violente, dont l'origine nous resta inconnue. W..... était bien gai, criait à haute voix, parlait en rimes, associait avec une promptitude admirable les idées les plus bizarres et les plus hétérogènes, sifflait des airs, ne dormait presque pas, récitait quelquefois de longues tirades de vers français, surtout de Racine, quoiqu'il n'entendît pas un mot de français et qu'il n'eût jamais été en France ; dans son enfance seulement il avait reçu des leçons dans cette langue. Le malade était en même temps attaqué d'une

phthisie tuberculeuse, à laquelle il succomba deux mois après son entrée à l'hôpital de la Charité.

Le crâne n'offrait rien d'irrégulier; l'encéphale en remplissait parfaitement la cavité. Les méninges ne présentaient non plus aucune altération ni déviation. La structure, les rapports et la consistance de la substance corticale et médullaire, étaient réguliers. Le quatrième ventricule, distendu, contenait beaucoup d'eau incolore; et le cadavre ayant été incliné, il s'écoula une quantité considérable de sérosité de la cavité rachidienne. Les deux poumons étaient pleins de tubercules, dont plusieurs, au lobe gauche supérieur, étaient passés à l'état de suppuration. Le cœur et les viscères abdominaux ne montrèrent aucune déviation de la structure normale.

*Obs.* II. Chrétien R....., manœuvre, natif de Carbe, âgé de 51 ans, avait été frappé d'apoplexie au mois d'avril 1819, sans paralysie de muscles, mais avec perte de la mémoire, du jugement et de la parole; il ne savait plus que balbutier. Une nouvelle attaque d'apoplexie termina sa vie au mois de juin.— Le crâne était normal. Une quantité assez considérable de sang (environ une once) était épanchée sur les deux hémisphères, entre la dure-mère et l'arachnoïde. Exsudations blanches, gélatiniformes, entre l'arachnoïde et la pie-mère. Vaisseaux de la pie-mère assez gorgés de sang. Les deux ventricules latéraux contenaient beaucoup de sérosité. Comme le cerveau était collé intimement aux membranes, dans la région du rocher droit, et que la dure-mère adhérait d'une manière encore plus intime à cette place, on examina la chose de plus près et l'on trouva que tout l'organe osseux de l'ouïe était carié, mais seulement à un degré médiocre. Le pus s'était frayé un passage à travers la fissure de Glaser, et dans l'articulation temporo-maxillaire dont il avait détruit le ligament capsulaire.

*Obs.* III. Jean W....., âgé de 40 ans, manouvrier,

autrefois adonné à l'eau de vie, fut reçu dans un état de violente frénésie. Il mourut, après cinq semaines, dans un état de stupeur qui avait été précédé de symptômes apoplectiques peu marqués. Le premier accès de sa maladie s'était montré à l'occasion d'un violent mouvement de colère dans l'ivressse. — Le crâne, régulièrement conformé, était épais; plusieurs adhérences entre la dure-mère et l'arachnoïde épaissie, sous laquelle les circonvolutions étaient couvertes çà et là d'abondantes exsudations lymphatiques; les ventricules latéraux pleins de sérosité, et l'encéphale partout vide de sang.

*Obs.* IV. Joseph N....., de Hongrie, âgé de 60 ans, était à l'hôpital des aliénés depuis vingt-un ans. Soldat autrefois, il était tombé dans un état de manie après son licenciement. Depuis long-temps il faisait partie de la classe nombreuse de ces aliénés incurables et paisibles, qui remplissent docilement la tâche qu'on leur impose, se fâchent quelquefois, mais sont ordinairement de bonne humeur et débitent leurs fables insensées. C'est à tort qu'on les a considérés comme formant une classe d'aliénés à part : ils sont encore toujours complètement privés de l'usage de la raison, c'est-à-dire, de véritables maniaques, quoique le rapport des facultés représentatives entre elles ne soit pas plus troublé chez eux qu'il ne l'est au commencement de chaque manie. Ils sont par conséquent absolument semblables aux animaux, à l'exception de la forme et de la parole; et celles de leurs facultés intellectuelles qui correspondent à la faculté représentative des animaux s'exécutent sans trouble.

Ici le crâne fut trouvé partout très-épais, surtout en arrière, où l'os avait neuf lignes de diamètre. Le long de la suture sagittale, à côté de la faux du cerveau, entre l'arachnoïde et la dure-mère, régnaient des points isolés, collés ensemble par de la substance blanche, crétacée. Les vaisseaux cérébraux vides de sang, et tous les ventricules

pleins de sérosité. La consistance de la masse encéphalique semblait être un peu plus tenace et plus dure qu'à l'ordinaire.

*Obs.* V. David S....., boulanger, âgé de 31 ans, fut reçu à la Charité dans l'état suivant : mouvemens musculaires réguliers ; visage considérablement tiraillé, et parole balbutiante ; facultés intellectuelles toutes affaiblies, et état d'idiotisme symptomatique.

Il mourut, après 6 mois de séjour à l'hôpital, des suites d'une paralysie générale, consécutive à plusieurs attaques d'apoplexie. On trouva seulement les vaisseaux encéphaliques gorgés de sang, et la surface du cerveau couverte çà et là d'exsudations lymphatiques, surtout au voisinage de la faux du cerveau. Grande quantité de sérosité sanguinolente au ventricule latéral gauche.

*Obs.* VI. Un résultat encore moins satisfaisant fut celui de l'autopsie de Rebecque L....., âgée de 29 ans, morte d'une fièvre hectique après treize mois de maladie. Une violente commotion morale avait jeté cette femme, autrefois d'un esprit très-cultivé, dans un état de stupeur qui s'était terminé par le plus haut degré d'idiotisme. — Encéphale flasque ; os du crâne épais ; cavité crânienne non exactement remplie par la masse encéphalique ; circonvolutions du cervelet très-petites ; autrement rien d'irrégulier.

*Obs.* VII. Chrétien B....., charpentier, âgé de 50 ans, reçu sans données sur l'origine non plus que sur la durée de sa maladie. Il parlait très-rarement et disait seulement quelques mots, mais qui avaient du rapport aux questions qu'on lui adressait. Sans cela il avait l'air sombre, le front ridé, l'œil baissé à terre, et ne mangeait que lorsqu'on l'y forçait. Une fièvre hectique l'enleva au bout de trois mois.

Pas la moindre irrégularité dans la forme du crâne et de l'encéphale, ni de quelques-unes de ses parties : pas davantage dans les méninges. Vaisseaux cérébraux vides.

de sang ; ventricules latéraux entièrement secs. Beaucoup de ganglions lymphatiques du mésentère engorgés et endurcis. L'estomac, très-petit, offrait à sa face interne un aspect bleu, rougeâtre ; pylore presqu'entièrement oblitéré.

*Obs.* VIII. Jean H....., chirurgien, âgé de 28 ans, affecté d'une mélancolie sombre et profonde, dans laquelle il était tombé à la suite d'humiliations que lui avaient attirées ses prétentions mal fondées, se fit une large plaie au cou, à laquelle il succomba trois jours après.

Cavité crânienne absolument normale ; l'adhérence de la dure-mère à l'os seulement plus solide que de coutume. Plèvre pleine d'eau ; poumons çà et là tuberculeux. Intestins très-affaissés, à cavité étroite, surtout l'intestin grêle ; foie beaucoup plus foncé et plus bleuâtre qu'à l'ordinaire.

*Obs.* IX. Charlotte B....., âgée de 43 ans, d'un système nerveux extrêmement susceptible, affectée d'hystérie, à la suite de treize couches, de beaucoup de chagrin et de misère. Traité par les saignées, le mal empira et dégénéra en une anxiété violente, avec sensation brûlante dans l'abdomen : accidens qui ne cédèrent à aucun moyen thérapeutique. Après six mois de tourmens et plus de vingt tentatives de suicide, la malade parvint, dans une de ses périodes tranquilles, à tromper la vigilance de l'infirmière, et alla se pendre au gond d'une porte, dans un coin obscur. Crâne normal, encéphale de même, ses vaisseaux gorgés de sang, ses ventricules presque secs ; glande pinéale entièrement remplie de graviers. Adhérences étroites entre la plèvre costale et le poumon, sain d'ailleurs. Cœur enveloppé de beaucoup de graisse ; très-peu de sérosité au péricarde ; oreillette et ventricule droit remplis de sang rutilant, ainsi que le ventricule gauche. Foie très-volumineux, d'une couleur jaune pâle ; autrement régulier. Estomac fortement distendu, mais vide. Rien d'irrégulier au reste.

*Obs.* X. Chrétien S....., postillon, âgé de 32 ans, tombé en frénésie sans cause connue. Les émissions sanguines, les affusions froides et les laxatifs eurent bientôt abattu l'intensité de son mal; mais tout-à-coup il dégénéra en idiotisme. Le malade y resta deux ans. Mort après des accidens de colliquation et une violente diarrhée. Le crâne était d'une épaisseur extrême, surtout en arrière. La dure-mère se détachait facilement des os auxquels elle tenait fort lâchement. Une ponction en fit écouler une grande quantité de sérosité. Nulles traces de l'arachnoïde; une masse gélatiniforme blanche occupait tout l'espace compris entre la dure-mère et l'encéphale, dont les circonvolutions étaient comprimées. Tous les ventricules gorgés d'eau, encéphale très-flasque, substance corticale d'une teinte blanche; masse encéphalique extrêmement molle; l'eau sourdissait de tous les points de sa surface. Rien d'irrégulier dans la poitrine et le bas-ventre, si ce n'est que l'épiploon contenait une grande quantité de graisse, tandis que le reste du corps était très-émacié.

*Obs.* XI. — Dorothée L....., servante, âgée de 30 ans, amenée à l'hôpital dans un état de sombre mélancolie occasionnée par un espoir déçu. Mort par consomption, suite inévitable de l'obstination de la malade à refuser tout aliment.

Le cadavre était resté quatre jours, par un temps médiocrement chaud, avant d'avoir été ouvert, et néanmoins l'encéphale se montra encore excessivement dur et compacte, sans autre irrégularité. Poumon tuberculeux, quelques tubercules passés à l'état de suppuration.

*Obs.* XII. — Elisabeth P....., âgée de 26 ans, fut prise de violens maux de tête immédiatement après être accouchée. Rémission et intermission dans son mal, qui revenait ensuite avec un redoublement de violence. Perte totale de la connaissance au plus fort de l'accès; dans les intervalles, épuisement et indifférence envers tout; la

malade ne pensait pas même à son enfant. Point d'aliénation mentale proprement dite. Vomissemens pendant la durée des paroxysmes; ils finirent par causer la mort. Le pouls n'avait jamais été fébrile.

Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang; ceux de la pie-mère affaissés et vides. Le ventricule latéral droit, non distendu, ne contenait presque point d'eau; celui du côté gauche, au contraire, fortement distendu, recélait plus de deux onces de sérosité. Derrière et au-dessous des tubercules quadrijumeaux du côté droit, se trouvait, dans la substance du cerveau, un stéatôme gros comme une noix, qui atteignait, par sa face inférieure, la face postérieure du rocher du côté droit. Ici se voyait du pus; la dure-mère, terne, adhérait à l'os avec force; ce dernier était affecté de carie. En le sciant en deux, on trouva aussi une carie intérieure qui avait attaqué l'organe de l'ouïe.

*Obs.* XIII. — Un homme âgé de 54 ans, soldat autrefois, s'étant endormi au soleil, après des travaux champêtres pénibles, se réveilla dans un délire qui atteignit bientôt la plus haute intensité. Une fièvre violente s'était allumée chez lui, avec tous les signes de l'encéphalite. On réussit à sauver la vie du malade, mais il devint idiot. La torpeur de toutes ses facultés faisant de plus en plus de progrès, il eut une hydropisie générale; plus cette hydropisie se développait, plus sa mémoire et son jugement revenaient, et ces facultés ne le quittèrent plus jusqu'à la mort. Cet état hydropique dura quatre semaines.

Dure-mère et arachnoïde collées ensemble en une membrane qui tenait au crâne d'une manière intime. Beaucoup d'eau épanchée sous les méninges, ainsi qu'aux ventricules; substance de l'encéphale ramollie partout.

*Obs.* XIV. — Jeanne B....., âgée de 30 ans, était accouchée facilement et heureusement; mais la fièvre de lait, survenue quatre jours après, était dégénérée en un

délire violent, furieux, pendant lequel la fièvre était nulle, tandis que les lochies et la sécrétion laiteuse continuaient de se faire. Dix jours après l'invasion de la maladie, cette malheureuse fût amenée, absolument sans connaissance, à l'hôpital de la Charité. Elle jetait ses membres autour d'elle sans aucun but, murmurait ou marmottait des sons inarticulés, crachait autour d'elle. Le pouls était extrêmement vîte, il était mou et petit; la langue noire, l'œil comme éteint, seulement à demi-fermé; état soporeux; les mamelles flasques, les parties génitales sèches, les évacuations alvines supprimées depuis trois jours.

Arachnoïde absolument opaque, solide et épaisse presque autant que la dure-mère, avec laquelle elle avait contracté des adhérences çà et là. Vaisseaux cérébraux bien remplis de sang; l'utérus contenait une exsudation sanguine.

*Obs.* XV. — Victor N....., jouit d'une santé florissante jusqu'à quatre ans; c'est de cette époque, à laquelle il fut pris d'une fièvre intermittente que date le triste changement qui se fit en lui. Il perdit d'abord la gaîté, ensuite la faculté de parler, la mémoire et le jugement, mais continua d'entendre et de voir. Grandissant avec cela comme un enfant sain de son âge, les seules manifestations de sa volonté se rattachaient à sa voracité extrême. A treize ans se développa chez lui le penchant sexuel avec beaucoup de force et de promptitude, et dès-lors il fallut lui lier les mains afin de l'empêcher de toucher aux parties génitales qu'il tourmentait continuellement. Il succomba à la phthisie et à la fièvre consomptive, amenées sans doute par la masturbation.

La tête était très-régulière, sa forme même belle. La dure-mère, étroitement unie au crâne, adhérait, sous les pariétaux, à l'arachnoïde qui se montrait plus solide que de coutume, sans avoir perdu sa transparence. L'en-

céphale s'échappait en sourdissant à travers les incisions faites dans la dure-mère. En ouvrant les ventricules latéraux il en jaillit une grande quantité de sérosité, et le cerveau, dur, s'affaissa un peu. Estomac très-volumineux, ganglions mésentériques en partie grossis et endurcis. Le colon transverse était descendu considérablement vers la cavité pelvienne.

*Obs.* XVI. — Jean S....., raffineur de sucre, âgé de 37 ans, avait la manie de croire entendre la voix d'une femme qui le tourmentait et le poursuivait en tous lieux, surtout de nuit. Le traitement moral indirect avait été essayé sur lui sans succès pendant plus de deux ans. Il avait en même temps une hernie inguinale considérable. Mort d'apoplexie après quatre ans de séjour à l'établissement des aliénés; avant il avait eu la moitié droite du corps frappée de paralysie.

Crâne normal; méninges collées entr'elles, leurs vaisseaux gorgés de sang. Le ventricule latéral droit offrait un peu de sérosité incolore, le gauche renfermait une grande quantité de sérosité sanguinolente. Le corps strié gauche, teint en rouge à son extrémité postérieure vers la couche du nerf optique, contenait une petite coagulation. Rien de remarquable au reste.

*Obs.* XVII. — Catherine B., veuve de soldat, âgée de 70 ans, était souvent amenée à la Charité, pour tentatives de suicide par mélancolie, et renvoyée chaque fois qu'elle était redevenue calme et tranquille. Cinq mois avant sa mort elle vint à l'hôpital, dans une grande anxiété; elle ne parlait pas, courait continuellement çà et là, et refusait toute nourriture : bientôt elle tomba dans un état de marasme et mourut enfin tout-à-fait épuisée.

L'arachnoïde était épaissie, opaque, et adhérente par places avec la dure-mère; il y avait au-dessous d'elle, ainsi que dans les ventricules latéraux, beaucoup de sérosité.

*Obs.* XVIII. — Chrétienne F., femme d'un négociant,

âgée de 31 ans, vivait dans la même anxiété, sans parler, et était aussi avide de se donner la mort. La cause de sa mélancolie semblait être la perte de ses enfans. Peu-à-peu son état dégénéra en une sorte d'absence de la conscience; elle avalait avec avidité les excrémens qu'elle venait d'évacuer. Elle mourut six mois après son entrée à l'hôpital, dans un état d'épuisement complet.

Arachnoïde opaque, épaissie; épanchement de sang à droite, au milieu de la base du crâne, dans l'intérieur de la dure-mère; très-peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Les quatre cavités du cœur pleines et distendues par du sang noir coagulé, de même les veines pulmonaires; le foie très-volumineux, la vésicule biliaire gorgée de bile fluide.

*Obs.* XIX. — Marie R., veuve d'un imprimeur en coton, âgée de 63 ans, était depuis nombre d'années, affectée d'une manie qui était peu-à-peu passée à un état de tranquillité qu'on entend souvent qualifier de folie; s'imaginant d'être reine ou princesse, elle était très-sensible aux moindres manques de respect envers son rang imaginaire; mais avec cela elle était gaie, enjouée et d'un bon caractère. Enfin, affectée d'hydropisie générale, elle succomba deux mois après. — Crâne mince, toutes les cavités du corps pleines d'eau; encéphale mou, sans aucune autre altération. La vésicule biliaire, très-petite, contenait une grande quantité de petits calculs biliaires.

*Obs.* XX. — Augusta M., âgée de 30 ans, fut très-gaie jusqu'à l'âge de 27 ans, où elle tomba dans un état d'idiotisme, dont la cause resta inconnue. Elle riait toujours et ne remarquait autour d'elle que ce qui se rapportait aux alimens; elle mourut d'épuisement. Le crâne offrait un volume très-considérable, et les os étaient très-minces. La dure-mère distendue ayant été incisée, il en jaillit une grande quantité de sérosité jaunâtre, qui s'était trouvée

entre l'arachnoïde entièrement opaque et les circonvolutions. Les ventricules étaient aussi remplis d'eau; l'encéphale en a dû être singulièrement comprimé de toutes parts. Poumon gauche tuberculeux; la vésicule du fiel contenait beaucoup de gros calculs biliaires.

*Obs.* XXI. — Le lieutenant de B., âgé de 28 ans, était tombé, par suite d'une ambition déçue, dans un état de violente frénésie, qui se changea insensiblement en une manie dans laquelle le malade croyait être Dieu. Il traitait tous les autres avec une fierté altière, marchait toujours droit devant soi et ne se rangeait jamais quand il rencontrait une personne ou un objet quelconque dans son chemin, mais les repoussait loin de lui. Il gourmandait, menaçait de punir, de lancer la foudre, etc., il frappait et était très-turbulent. Il resta ainsi jusqu'à huit mois avant sa mort, où il eut plusieurs abcès, l'un au périnée et l'autre au cou. Depuis l'éruption de ces abcès le système de ses idées changea totalement, il devint d'abord tranquille, muet, se comporta d'une manière absolument passive, et commença enfin par pleurer et faire des prières toute la journée: quand un ulcère se fermait, un autre le remplaçait; la conque de l'oreille même devint le siège d'une grande et longue ulcération. Peu-à-peu il tomba dans une fièvre hectique, pendant laquelle il perdit la parole. Il lui resta à peine assez de force pour joindre ses mains et remuer les lèvres. Paralysie de tous les muscles, insensibilité des pupilles, puis diarrhée continue, sans douleurs apparentes ni gonflement de ventre. Enfin il expira.— Crâne régulièrement conformé; encéphale et méninges absolument réguliers; on aurait pu prendre le premier pour un modèle d'encéphale sain; environ trois onces d'eau dans le péricarde. Mais tout le canal intestinal était détruit par la suppuration; depuis le pylore jusqu'à l'*S* du colon, on ne voyait, à la face interne, qu'un ulcère après l'autr-

quelques-uns avaient percé la substance des intestins, de façon que leur face externe était abreuvée d'une grande quantité de sanie sanguinolente brune. Intestins épaissis et tachetés de noir ; foie petit et flétri, la rate encore plus flétrie.

*Obs.* XXII. — Le nommé G., épileptique dès son enfance, était devenu idiot à l'âge de la puberté, et son idiotisme avait été en croissant. Chose extraordinaire, jamais il ne se manifesta chez lui d'indice de penchant sexuel. Cinq semaines avant sa mort il tomba, pendant un accès, la tête sur un crachoir situé auprès de son lit ; il se fit une plaie, mais sans que l'os fût endommagé. Après ce temps, l'idiotisme s'accrut jusqu'au point de devenir une apathie complète ; il se forma une hydropisie générale, et le malade mourut d'apoplexie, âgé de 26 ans.

Crâne plat, très-épais, adhérent à la dure-mère ; celle-ci présentait, à l'extrémité postérieure de sa faux, une ossification morbide et dentelée, entre la dure-mère et l'arachnoïde. Un épanchement de sang sous le pariétal droit, d'environ une once, occupait une surface d'environ quatre pouces carrés. Sous l'arachnoïde, il y avait une abondante sérosité jaunâtre. Foie et rate œdémateux ; le premier, d'un jaune terne ; la seconde, noire. Vésicule biliaire vide ; ganglions mésentériques en partie grossis et indurés ; plèvre adhérente par places ; de l'eau dans toutes les cavités.

*Obs.* XXIII. — La nommée H., femme d'un domestique, âgée de 44 ans, devint mélancolique et d'un caractère violent par suite de jalousie. Son état s'améliora d'abord un peu à l'hôpital, mais quatre mois avant sa mort, elle fut prise d'une fièvre lente, qui s'augmenta insensiblement et se compliqua d'une diarrhée colliquative à laquelle elle succomba. La dure-mère renfermait, à côté du grand sinus longitudinal, une pièce osseuse longue de six lignes sur deux lignes d'épaisseur.

Les vaisseaux de la tête étaient tous vides ; tous les ventricules, et même le canal rachidien, gorgés de sérosité. Rien d'irrégulier dans la cavité thoracique ; foie plus volumineux que de coutume ; vésicule biliaire vide.

*Obs.* XXIV. — Charles de H., capitaine de cavalerie, âgé de 50 ans, avait dissipé une fortune considérable. Il devint maniaque, mais maniaque d'une espèce singulière. Il n'aimait pas les personnes grasses, qu'il regardait comme des parasites vivant aux dépens des autres. Il s'imaginait que tous les hommes ventrus, et sur-tout les dames, dont il n'exceptait que les plus maigres, étaient en conjuration contre l'état. Sa conversation était très-sensée tant qu'il ne tombait pas sur l'objet de sa manie, et qu'il s'entretenait avec des personnes maigres, car il ne parlait pas aux personnes qui avaient de l'embonpoint. Il paraissait sain du corps, mais il fut pris tout-à-coup d'une diarrhée qui, augmentant promptement, était accompagnée d'une grande pâleur de la face et de fièvre au soir, à laquelle se joignit enfin une dyspnée qui avait des paroxysmes périodiques très-violens. Le malade mourut dans un de ces accès, par suffocation.

La forme de la cavité crânienne et les viscères contenus dans cette cavité n'offraient pas la moindre altération. Le péricarde était en revanche distendu considérablement par une collection de sérosité sanguinolente ; la cavité abdominale contenait un peu d'eau.

*Obs.* XXV. — Henriette B., âgée de 33 ans, mélancolique d'abord, devient ensuite idiote, c'était le résultat d'une union malheureuse. Pendant les deux ans qu'elle resta à la Charité, son idiotisme dégénéra en une absence totale de la volonté ; enfin, mort par épuisement et consomption.

Crâne très-épais, sur-tout à la partie postérieure. Encéphale flasque ; méninges lâchement étendues dessus, de façon que l'espace de la cavité crânienne n'était pas rempli ; la dure-mère se détachait des os sans la moindre

peine ; substance médullaire du cerveau tenace comme un cuir ; les ventricules contenaient de l'eau ; cervelet mou comme de la bouillie et d'une petitesse frappante.

*Obs.* XXVI. — Le nommé B., garçon tailleur, âgé de 42 ans, fut reçu dans un état d'idiotisme formé ; bientôt après il eut une attaque d'apoplexie des suites de laquelle il mourut.

Encéphale flasque et épaissi ; méninges pleines de sang ; sérosité abondante dans tous les ventricules : les latéraux en étaient tellement distendus, qu'ils ne s'affaissèrent pas après l'écoulement du liquide. Le quatrième ventricule, excessivement dilaté, avait en quelque sorte consumé la substance du cervelet, de sorte que celui-ci ressemblait à une bourse qui, après l'évacuation du fluide, s'affaissa et se montra petite et flasque. La substance médullaire des deux hémisphères du cerveau était molle comme de la bouillie. Il sortit aussi une grande quantité d'eau de la cavité rachidienne.

*Obs.* XXVII. — L'autopsie d'un garçon serrurier, âgé de 40 ans, présenta absolument les mêmes résultats. Apporté à la Charité, affecté d'hémiplégie et entièrement privé de la raison, il était mort après trois mois de séjour à la suite d'escarrhes formées par un décubitus prolongé. Toute la surface de l'encéphale était en outre couverte d'une exsudation lymphatique. Tous les ventricules étaient excessivement distendus par de l'eau, et la substance médullaire molle comme de la bouillie ; le cervelet entièrement flétri et flasque.

*Obs.* XXVIII. — Un meûnier âgé de 70 ans, idiot par suite d'apoplexie, mais en même temps paralysé des deux membres du côté droit et de la langue, avait des momens de violence et de fureur malgré son mutisme. Il eut un grand nombre d'attaques d'apoplexie l'une après l'autre, avant qu'une dernière ne vînt l'enlever.

Os du crâne très-épais ; dure-mère et pie-mère pleines

de sang ; à la surface de l'encéphale, çà et là, des grumeaux de sang coagulé. Le corps strié du côté droit était creux ; sa cavité remplie de sérosité jaunâtre, et si grande, que la couche externe de ce corps enveloppait ce liquide, à l'instar d'une membrane. Les deux ventricules latéraux vides ; les plexus choroïdes remplis de sang. A la place du cervelet, il y avait une masse formée de sang coagulé et de substance cérébrale mêlés ensemble ; le quatrième ventricule, considérablement comprimé, contenait également du sang coagulé. L'artère carotide injectée avec de l'eau tiède, on ne trouva aucun vaisseau par lequel le sang eût pu s'épancher.

*Obs.* XXIX. — Jules S....., commis de bureau, se trouva pendant sept ans dans notre établissement, et mourut à l'âge de 41 ans. Il était devenu d'abord hypochondriaque, ensuite entièrement maniaque, vraisemblablement par suite de l'onanisme auquel il s'était toujours livré avec fureur.

Point d'irrégularité dans la conformation du crâne, des méninges, des parties encéphaliques et des ventricules, si ce n'est un peu de sérosité sanguinolente dans le quatrième ventricule. Mais au milieu de la face supérieure des deux lobes antérieurs du cerveau, au-dessous de la pie-mère, il s'était formé quelques concrétions calculeuses, dont celle du côté droit avait le volume d'un petit pois et une forme circulaire : celle du côté opposé était plus petite.

*Obs.* XXX. — Fréderic P....., boutonnier, âgé de 45 ans, tomba, au commencement d'avril 1821, tout-à-coup dans une violente frénésie, sans que la cause en pût être déterminée. Il sembla d'abord que le traitement antiphlogistique le guérirait ; car après quatre jours de séjour à la Charité, il eut du sommeil, et à son réveil, il parla d'une manière suivie, quoiqu'avec effort. Mais le 10 avril il tomba dans un état soporeux et mourut le 12. La substance de l'encéphale n'offrait rien d'irrégulier. Les ven-

tricules vides de sérosité; les vaisseaux du plexus choroïde assez vides de sang, de même que ceux de la pie-mère. La dure-mère était non-seulement attachée très-étroitement au crâne, mais il y avait des masses gélatineuses considérables entre elle et l'arachnoïde. L'inflammation de cette membrane s'était aussi continuée dans le canal vertébral, et y avait occasionné une exsudation très-abondante de sérosité sanguinolente, laquelle s'écoulait de cette cavité.

*Obs.* XXXI.—Frédéric S..., ouvrier, âgé de 40 ans, avait un crâne d'une conformation très-singulière. La portion écailleuse du temporal gauche formait la partie la plus saillante du crâne; le côté gauche du coronal était aussi tout-à-fait oblique et chassé en devant, de façon que la tête se montrait, à sa partie antérieure, déjetée à gauche et comme bossue. Malgré cela, S..... avait été au service militaire, et s'était très-bien porté jusqu'à 37 ans. C'est à cette époque seulement qu'il commença à faire des folies très-innocentes. Mais, devenant de plus en plus incapable de travailler, il éprouva souvent des besoins, et fut obligé de se nourrir avec des alimens de mauvaise nature, d'où lui vint peut-être la phthisie pulmonaire dont il mourut à notre hôpital.

Le crâne, fort épaissi à sa partie postérieure, mince à la partie déjetée en dehors; le cerveau, par conséquent, aussi oblique que le crâne. Les lobes antérieur et moyen gauches du cerveau beaucoup plus larges que ceux du côté droit. Dans ces lobes gauches, au milieu de la substance médullaire, se trouvaient trois grosses hydatides, l'une presque immédiatement sous la substance corticale, deux plus profondément. Les vaisseaux cérébraux tous pleins de sang; le quatrième ventricule très-petit; les deux ventricules latéraux contenaient beaucoup d'eau. Le cartilage thyroïde offrait de fortes ossifications; poumons pleins de tubercules, dont plusieurs à l'état de suppuration.

*Obs.* XXXII.— Un ouvrier, âgé de 68 ans, reçu comme idiot, mais évidemment apoplectique, mourut sept jours après son entrée à l'hôpital. —Dure-mère adhérente au crâne, vaisseaux cérébraux gorgés de sang; les ventricules latéraux vides, petits; des hydatides assez considérables dans l'un et l'autre plexus choroïde; cœur flasque, petit, mou; poumon droit plein de tubercules, le gauche sain (1); vésicule biliaire très-volumineuse; point d'autre irrégularité.

*Obs.* XXXIII.— Une jeune fille âgée de 20 ans, avait eu, à l'âge de quatre ans, un exanthème à la tête, qu'on avait jugé à propos de guérir. Cependant depuis la disparition de cet exanthème, la petite fille était affectée d'épilepsie, et les accès de cette maladie terrible avaient augmenté d'intensité et de fréquence depuis que la malade était devenue nubile. L'usage du nitrate d'argent avait produit un intervalle tranquille de six semaines, lorsqu'un paroxysme vint tout-à-coup et lui donna la mort. La structure de l'encéphale, des méninges et des vaisseaux encéphaliques, n'offrait absolument aucune altération, si ce n'est une cartilaginification formelle de la glande pituitaire, laquelle était en même temps grossie.

*Obs.* XXXIV.— Un homme de 40 ans, actif, grand amateur de liqueurs spiritueuses, mangeait ordinairement peu à diner, mais déjeunait bien, et souvent avec du vin, du rhum et des liqueurs. Il fut pris en déjeunant, d'un tremblement subit de la langue; ses yeux devinrent étincelans; il proféra, comme dans un mouvement très-passionné, des sons à peine articulés, et tomba dès ce moment dans un état de manie. Point de paralysie, mais confusion permanente dans les idées, et manifestations violentes. Insomnie longue, enfin som-

(1) Il est très-rare que le poumon droit se trouve malade, tandis que le gauche est sain; ordinairement le contraire a lieu.

meil profond et prolongé; à son réveil, état de stupeur. Cette stupeur alternait avec la frénésie, mais de telle façon que les accès de la dernière devenaient de plus en plus courts, et l'état d'idiotisme de plus en plus continu. Enfin, survint une nouvelle attaque d'apoplexie avec paralysie des organes de la parole; une troisième attaque paralysa le côté gauche, et une quatrième le tua. — Dure-mère unie étroitement aux os du crâne, l'arachnoïde normale; la pie-mère, couverte de masses gélatiniformes, présentait çà et là des places d'une dureté tendineuse. Ventricules latéraux pleins d'eau; vaisseaux de l'encéphale peu fournis de sang, de même que les plexus choroïdes; toute la substance médullaire tenace comme du cuir dur, mais surtout la moelle alongée, qui avait la solidité d'un tendon. Le conarium, sans gravier, était aussi extrêmement dur. Le corps strié du côté droit offrait l'altération la plus remarquable : il était non seulement plus volumineux et il sortait de la sérosité de sa substance excisée, mais il présentait encore d'outre en outre une multitude de tâches noires et grises.

*Obs.* XXXV. — Frédéric Ph..., artiste mécanicien, âgé de 46 ans, d'un corps robuste, bien nourri et d'une imagination très-vive, s'était attiré la confiance publique par son habileté, et était parvenu peu-à-peu à amasser quelque fortune. Ces succès devinrent la cause de l'opinion outrée qu'il conçut de ses forces, qui finit par lui faire perdre la tête. C'était un personnage heureux, gai et enjoué, vif, causeur, et aussitôt l'intime d'un chacun. Il s'imaginait d'être riche, et voulait rendre heureux tous les hommes; plein d'intérêt pour tous ceux qui lui semblaient avoir l'air peu contens, il s'attachait à eux pour les consoler et insistait auprès d'eux pour leur communiquer le contentement qu'il éprouvait lui-même. Il aimait surtout à parler des chefs-d'œuvre qu'il voulait créer, et qui devaient frapper d'étonnement le monde entier.

Nous eûmes la satisfaction de le rétablir par l'usage des bains tièdes, et surtout du tartre stibié en petites doses ; ensuite par le travail corporel. Il quitta l'hôpital, parfaitement sain, et il ne lui restait de sa maladie qu'une grande contractilité de la pupille qui, déjà à l'impression d'une lumière modérée, se rétrécissait tellement qu'elle ne représentait plus qu'un point. Mais notre satisfaction ne fut pas de durée. Neuf mois après sa sortie, une attaque d'apoplexie le frappa. Il pouvait encore marcher, se tenir debout, se servir de ses bras; mais perte totale des sens ; aucune trace d'exercice des facultés mentales ; son visage insignifiant exprimait tout le délabrement de son esprit. Cinq mois après, une nouvelle attaque d'apoplexie mit fin à sa triste existence.

Aucune trace d'anomalie dans les organes ; rien qu'un état de plénitude de tous les vaisseaux encéphaliques et de la sérosité dans les ventricules latéraux.

*Obs.* XXXVI. — Jacques R..., négociant, âgée de 62 ans, idiot à la suite de plusieurs accès apoplectiques avec perte de mémoire ; il mourut deux mois après, par une nouvelle attaque. Vaisseaux de l'encéphale très-dilatés ; substance médullaire ramollie en bouillie ; grande quantité de sérosité dans les ventricules. L'arachnoïde offrait le plus d'altération : la dure-mère ayant été enlevée, la première se montrait soulevée en vésicules. En excisant celles-ci, il sortit une grande quantité de sérosité, qui avait rempli toutes les anfractuosités des circonvolutions et avait comprimé toute la surface de l'encéphale.

*Obs.* XXXVII. — Dorothée H..., âgée de 30 ans, d'une éducation soignée, fut la victime d'une terreur subite dont elle fut saisie à la nouvelle inattendue de la mort de son amant. La parole lui manqua d'abord, ensuite sa raison s'égara. Ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'elle

se rappella tout-à-coup que son amant était mort ; dès lors son état se changea. Elle devint tranquille, douce, n'aimait à parler que de ses anciens rapports, et parlait souvent comme un enfant, quand il s'agissait d'autre chose ; je ne l'ai jamais vue verser une larme. Insensiblement les singularités disparurent, et elle fut rétablie pendant plus de seize mois. Après ce temps, un nouvel accès de frénésie s'empara d'elle, et elle passa au plus haut degré d'idiotisme, accompagné de fièvre hectique. Un œdème survint, et elle mourut après huit mois.

Crâne entièrement séparé de la dure-mère, qui se montrait flasque et plissée au-dessous de la calotte enlevée. En ouvrant cette membrane il en sortit environ quatre onces de sérosité limpide. Il fut impossible de distinguer l'arachnoïde, sa place était occupée par une masse gélatiniforme. L'encéphale entièrement flasque, affaissé, beaucoup trop petit pour la cavité crânienne. Tous les ventricules contenaient de l'eau ; la substance corticale était tenace, mais la médullaire tout à fait comme de la bouillie, au point qu'en y faisant une incision cette substance revenait sur elle-même et ne laissait aucune trace de division. Les poumons, tuberculeux, avaient contracté çà et là, des adhérences avec les plèvres ; le cœur flasque et extrêmement petit, tout au plus comme chez un enfant de dix ans.

*Obs.* XXXVIII.—La nommée R..., veuve d'un soldat, âgée de 70 ans, attaquée d'une angine gangréneuse, mourut le 19 juin 1822, à la Charité, qu'elle avait habitée pendant long-temps. Gaie, vive, active jusqu'à 62 ans, sa vivacité naturelle avait dégénéré en manie, sans aucune cause connue. Après huit ans de maladie elle devint tout-à-coup entièrement saine et sensée pendant dix-huit mois ; puis son ancienne frénésie revint aussi subitement. Mort dans les convulsions, neuf jours après le retour de l'accès.

Crâne très-épaissi ; vaisseaux, membranes, forme de

l'encéphale absolument réguliers; substance médullaire seulement plus solide qu'à l'ordinaire; de la sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux et dans le canal rachidien. Les cavités thorachique et abdominale absolument saines, mais le pharynx, la langue, les amygdales frappés de gangrène. Ses cris insensés et son bavardage continuel avaient vraisemblablement amené cette angine.

*(La suite au prochain Numéro.)*

---

*Recherches sur les mouvemens de l'œil, et sur les usages des muscles et des nerfs renfermés dans l'orbite; par* CH. BELL. *II.e partie.* (*Extrait par* CH. BILLARD.)

*Des nerfs de l'œil.* — Il est impossible d'avoir ici recours à la méthode expérimentale pour démontrer la vérité de nos assertions. On ne peut guères pratiquer de sections sur les troncs nerveux renfermés dans l'orbite; le raisonnement et nos connaissances anatomiques nous éclaireront mieux dans cette circonstance que les expériences.

§. I^er. *Des fonctions du nerf ophtalmique, portion de la cinquième paire.* — J'ai démontré, dans un autre Mémoire, que la division des branches de la cinquième paire, qui se répandent à la face, privait la peau de ces parties de sa sensibilité naturelle, sans pour cela que les muscles perdissent leur faculté contractile. Le même phénomène doit s'observer après la section de la branche ophthalmique. La section des rameaux de cette branche qui se répandent autour de l'orbite et au front, anéantit la sensibilité dans la peau de cette région. On doit présumer qu'il en est de même des rameaux qui se distribuent dans l'intérieur de l'œil, puisque les branches d'un même tronc ont des propriétés analogues entr'elles. Le fait suivant,

qui m'a été communiqué par M. Crampton, de Dublin, nous démontrera que le nerf ophthalmique, en suspendant ses fonctions, peut priver les parties où il se distribue de leur sensibilité. Ce médecin observa chez une malade, qu'un de ses yeux, à la suite d'un écoulement par l'oreille, devint tout-à-fait insensible au toucher. « Cette insensibilité, dit M. Crampton, s'étendait au bord des paupières, à la peau qui les recouvre, à celle du front et des joues, dans une étendue d'un pouce autour de l'œil. Comme elle me disait que son œil était *mort* (c'était son expression), j'y appliquai mon doigt pour m'en convaincre. Loin que cela déterminât de la douleur, la malade m'assura n'en ressentir aucune impression. L'approche de mon doigt ne détermina pas les mouvemens des paupières pour fermer l'œil ; mais je m'aperçus que la conjonctive était sensible à ce stimulus, car les vaisseaux de la surface s'injectèrent sur-le-champ. »

Nous avons ici un exemple d'insensibilité de l'œil, et en même temps des parties de la peau, où nous savons que se distribuent des branches de la cinquième paire; d'où nous pouvons conclure que c'est l'affection du même tronc nerveux qui a produit en même temps l'insensibilité de l'œil et celle de la peau environnante.

C'est à la branche ophthalmique de la cinquième paire que l'œil doit sa sensibilité ; mais pour qu'il exécute des mouvemens, il faut que les impressions qu'il reçoit parviennent au cerveau, dont l'influence, transmise aux muscles par le moyen des nerfs qui leur correspondent, détermine la contraction musculaire. Dans le cas que nous venons de rapporter, les paupières restaient immobiles, parce que l'impression dirigée sur l'œil n'était point transmise au cerveau, d'où par conséquent il ne partait aucune volition. Cette malade voyait et pouvait mouvoir l'œil et les paupières ; mais l'insensibilité du nerf ophthalmique avait interrompu la relation nécessaire

entre l'action musculaire et la sensibilité des membranes de l'œil.

§. II.e *Des nerfs produisant les mouvemens involontaires.* — On sait qu'il se répand un grand nombre de nerfs aux paupières et au front, et l'on pensait, avant les expériences que nous avons faites à ce sujet, que ces filets nerveux produisaient les mouvemens de ces parties. Il est au contraire démontré maintenant qu'un seul petit rameau provenant du nerf respirateur de la face, et se dirigeant vers le front et les paupières, en détermine les mouvemens (1).

Ce nerf respirateur a été ainsi nommé, en raison des relations d'action qui existent entre les parties où il se distribue et les muscles concourant à l'acte de la respiration. Mais, demandera-t-on, quelle relation peut-il y avoir entre l'action de ces muscles et le mouvement des paupières ?

Lorsque les organes respiratoires se trouvent dans un état d'excitation, il est nécessaire que les muscles développent une très-forte contraction pour s'opposer aux effets de l'impulsion expansive de l'air durant les efforts violens du corps, ou bien durant la toux, l'éternuement, etc. Prenons l'éternuement pour exemple, et voyons ce qui se passe alors dans l'organe de la vision.

A l'instant où a lieu cet acte convulsif des muscles de l'appareil respiratoire, le sang est porté avec force dans les vaisseaux du cou et de la tête; on éprouve souvent alors la sensation d'un corps lumineux dans l'œil. On suppose généralement que ce phénomène est dû à l'impulsion du sang vers l'œil, tandis qu'il est le résultat de la contraction subite des paupières sur le globe oculaire,

(1) L'observation que nous avons consignée dans ce Numéro, présente une circonstance qui contredit cette assertion de Bell.

contraction dont le but est de s'opposer à l'impulsion du sang, et de protéger la texture délicate de l'organe. Si les paupières restent ouvertes pendant l'éternuement, on n'éprouve pas la sensation de la lumière, parce que la contraction des paupières n'a pas causé de mouvement au globe de l'œil.

Si, pour examiner l'œil d'un enfant qui crie et s'agite violemment, nous écartons les paupières, soutien naturel de l'œil, nous voyons aussitôt le sang, que l'acte convulsif de la respiration fait affluer avec force vers la tête, injecter les vaisseaux de la cornée et ceux de la face interne de la paupière.

Le nerf respirateur de la face agit de deux manières: 1.° sous l'influence de la volonté il fait mouvoir, par exemple, les joues et les lèvres dans l'action de parler; 2.° sans la participation de la volonté, il produit les mouvemens des narines pendant le sommeil. La branche du même nerf respirateur, qui se rend aux paupières, exerce également ses fonctions de deux manières: elle détermine sous l'influence de la volonté, les mouvemens des paupières; elle les fait mouvoir involontairement, lorsque leurs contractions ont pour but de répandre les larmes sur la cornée et d'en nettoyer la surface (1).

Nous avons fait observer, dans la première partie de ce Mémoire, que les mouvemens des paupières ne contribuent pas seuls à la conservation de l'œil; que la mobilité du globe oculaire avait aussi le même but; voyons

---

(1) Après avoir établi une différence entre les fonctions de la cinquième et de la septième paire de nerfs, il se présente une question à résoudre. Les fonctions diverses exécutées par chacune d'elles dépendent-elles de l'exercice de rameaux différens? Je pense que ces rameaux sont des nerfs distincts, réunis ensemble, et l'analogie me porte à croire que chacun d'eux peut remplir des fonctions différentes. Mais je ne puis anatomiquement le démontrer ici comme pour les nerfs de la moëlle dont les origines sont séparées.

maintenant par quel moyen est établie cette relation entre l'action des paupières et le mouvement du globe de l'œil.

§. III.e — *Quatrième paire de nerfs.* — Le nerf de la quatrième paire naît du cerveau, plus loin que tous les autres nerfs de l'orbite; il passe au milieu de ceux-ci sans avoir de connexions avec eux; il va se répandre entièrement au muscle oblique supérieur. Cette disposition singulière s'observe chez tous les animaux; il diffère donc, sous le rapport de son origine et de son trajet, du nerf de la vision, du nerf de la sensibilité et de celui des mouvemens volontaires de l'œil. Nous devons nous rappeler que le muscle oblique supérieur fait éprouver au globe de l'œil un mouvement insensible d'élévation, et le maintient dans cette position. Nous avons vu également qu'en coupant l'oblique supérieur, on produisait un mouvement de rotation en bas du globe oculaire, nous pouvons donc supposer que si, dans certaines occasions, l'influence du nerf est telle qu'elle produise le relâchement des muscles auquel il se rend, le globe de l'œil exécutera ce mouvement de rotation en bas.

En examinant l'origine du nerf qui nous occupe, nous trouvons qu'elle est voisine de celle du nerf respirateur de la face. Le prolongement médullaire qui constitue cette portion de la moelle alongée d'où les nerfs respirateurs prennent naissance, correspond antérieurement au-dessous des tubercules quadrijumeaux, point d'origine de la quatrième paire. N'est-il pas possible, d'après cela, qu'il puisse exister quelque relation entre les mouvemens généraux produits par le nerf respirateur et le mouvement particulier du globe de l'œil dont nous nous sommes occupés?

Nous reconnaissons donc deux faits positifs: 1.° il existe une certaine combinaison entre les mouvemens des paupières et ceux du globe de l'œil, c'est ce que nous avons

démontré ; 2.° le nerf moteur des paupières, et celui qui se rend à l'oblique supérieur ont des connexions à leur origine.

L'expression des yeux dans les passions démontre encore la relation qui existe entre le nerf respirateur de la face et celui de la quatrième paire. Dans les souffrances du corps, dans l'abattement de l'âme, les yeux sont élevés et agités convulsivement, comme toutes les autres parties du visage : preuve nouvelle de la relation qui existe entre les deux nerfs dont il s'agit. Ainsi le nerf de la quatrième paire, dont l'origine est différente de celle des autres nerfs de l'orbite et qui va directement se terminer dans le muscle oblique, est destiné à faire éprouver au globe de l'œil un mouvement de rotation, involontaire et instinctif, à associer ce mouvement de l'œil avec ceux des paupières, à établir une relation entre l'œil et l'appareil respiratoire. Ces fonctions du nerf ont pour but en dernier ressort, l'intégrité et la conservation de l'organe de la vision.

§. IV. *Des nerfs volontaires.* — Les nerfs volontaires de l'œil sont la troisième et la sixième paire. La troisième paire tire son origine des pédoncules du cerveau, lesquels proviennent de la portion de substance médullaire qui donne naissance aux nerfs volontaires. Ce nerf ne se répand que dans les muscles de l'œil ; c'est pourquoi nous lui conserverons le nom que Willis lui a donné de *moteur oculaire*. La branche ophthalmique de la cinquième paire se répand moins dans les muscles de l'œil que dans les parties environnantes. Mais le petit nombre de ses rameaux suffit pour donner aux muscles le degré de sensibilité naturellement reparti à la fibre musculaire ; et si les branches de cette cinquième paire qui se ramifient dans les paupières et au front, ne déterminent pas le mouvement de ces parties, il n'est pas raisonnable de supposer que les autres rameaux de cette branche oph-

thalmique, produisent dans l'intérieur de l'orbite le mouvement des muscles qui s'y trouvent. D'après ces considérations, je pense que le nerf de la troisième paire est destiné à transmettre les volitions aux muscles oculaires et à en déterminer la contraction, et que, de tous les nerfs du corps, il est le plus directement soumis à l'empire de la volonté.

Il est évident que le nerf de la sixième paire, appelé nerf abducteur ou moteur externe, remplit des fonctions analogues à celles du précédent. Il naît à-peu-près du même point de la substance médullaire; il se répand comme lui dans un muscle volontaire, le droit externe: il ne paraît être, en quelque sorte, qu'une division du nerf de la troisième paire. Mais il présente une anastomose remarquable que l'anatomie comparée nous permet d'observer sur les différens animaux. Le grand sympathique fournit un filet assez gros qui s'unit à la sixième paire au moment où celle-ci pénètre dans l'orbite.

Telles sont en résumé les fonctions des nerfs de l'œil.

La seconde paire est destinée à transmettre au cerveau les impressions de la lumière.

La troisième ne se répand qu'aux muscles de l'œil: elle détermine les mouvemens volontaires à l'aide desquels cet organe se dirige vers les objets de la vision.

La quatrième produit un mouvement insensible et involontaire du globe de l'œil: elle combine les mouvemens de ce globe avec ceux des paupières, et établit une relation entre l'œil et l'appareil respiratoire.

La cinquième produit les nerfs de la sensibilité de la tête, de la face, de la peau de ces parties, des fosses nasales, de la bouche et de la langue.

La sixième détermine, comme la troisième, les mouvemens volontaires de l'œil.

---

*Nouvelle doctrine allemande de l'homœopathie.*

Pendant que les médecins italiens et français, secouant le joug absolu du brownisme, interprétaient et modifiaient ce système d'une manière à-peu-près semblable, et en tiraient des corrollaires thérapeutiques si différens, pendant que la doctrine du contro-stimulisme et la doctrine physiologique ou de l'irritation se disputaient l'empire du monde médical, un nouveau système général de médecine était professé dans quelques parties de l'Allemagne. Né en 1810, ce système est resté presque inconnu jusqu'à présent au reste de l'Europe; quelques faits dont il avait provoqué l'observation en avait seulement révélé l'existence. La propriété prétendue prophylectique de la belladone contre la scarlatine en était l'une des preuves ou l'une des conséquenses les plus importantes. Mais sans croire entièrement à cette propriété, on l'avait regardée comme un résultat empirique possible, et la doctrine dont ce fait constituait une des bases était laissée de côté; on ne lui faisait pas l'honneur de la moindre attention. Il faut l'avouer, ce dédain pouvait aussi bien provenir de l'exposition incomplète du système allemand dans les journaux français que de causes inhérentes au système lui-même. Comment se fait-il qu'il n'ait pas franchi les limites du cercle étroit où il est resté en Allemagne. Il est formé d'un petit nombre de dogmes bien tranchans dont l'application paraît être facile. Ses principes qu'on pourrait rapporter au fameux aphorisme d'Hippocrate, *vomitus vomitu curatur,* aphorisme non moins célèbre peut-être par sa fausseté que par l'absurdité des commentaires auxquels il a donné lieu; ses principes, disons nous, ne sont pas dénués de quelque singularité. L'honneur de la persécution, enfin, ne lui a pas manqué. Le docteur Honnemann, son auteur, ob-

jet de l'envie d'un grand nombre de ses confrères et surtout du ressentiment des pharmaciens dont il tendait à réduire le commerce, s'est vu forcé de suspendre la pratique de la médecine, parce qu'à la suite d'un procès intenté par les derniers, il lui fut interdit la faculté de préparer et d'administrer les médicamens très-simples que, d'après ses idées, il ne pouvait se dispenser de préparer lui-même. Enfin, un discipe zélé a résolu de venger son maître et l'humanité de l'oubli dans lequel est abandonnée une doctrine qui, suivant lui, doit faire la gloire de l'un et rendre tant de services à l'autre. Il s'est proposé de traduire en français l'ouvrage où le docteur Hannemann a consigné ses nouvelles idées. ( *Organon der heilkunst.* — Organon de l'art de guérir ). Et il a cru devoir faire précéder cette traduction d'un exposé de l'ensemble de la doctrine de l'homœopathie. Désirant donner quelques notions de cette doctrine à nos lecteurs, nous allons leur présenter un extrait de cet exposé :

Toute maladie, ou altération de l'organisme, consiste en un changement occulte dans l'intérieur du corps et en un changement perceptible qui forme la totalité des symptômes, soit visibles ou invisibles, soit manifestes au malade seul ou au médecin et à d'autres personnes. Ces deux changemens sont intimement liés ; l'un ne saurait exister sans l'autre, et l'un s'évanouit avec l'autre. L'indication curative ne peut pas être relative au premier changement, qui est au-dessus de la connaissance de l'homme ; elle ne peut se tirer que de la seconde espèce de changement, et le traitement ayant fait disparaître d'une manière durable la totalité des symptômes, le désordre imperceptible dans l'intérieur de l'organisme a été anéanti en même temps.

Les propriétés physiques et chimiques des médicamens ne peuvent rendre raison de leurs propriétés médicales. Les relations qui ont lieu entre ces substances et les maladies

ne sauraient être reconnues que par les effets qu'elles manifestent en agissant sur le corps de l'homme. Les effets salutaires qui résultent de l'emploi des médicamens dans les maladies et dont on déduit leurs vertus curatives pour les employer suivant ces résultats, sont une source de connaissances très-incertaine; car excepté quelques maladies à miasmes stables, toute maladie est un cas individuel qui doit être considéré comme nouveau, et envisagé d'après la totalité de ses symptômes. Un remède trouvé salutaire dans une certaine maladie ne pourra donc pas être employé contre telle autre qui lui ressemble dans quelques symptômes; or, une telle manière d'essayer les médicamens ne nous offre qu'une multitude de cas et de cures individuelles, qui, à quelques exceptions près, ne permettent aucune application analogique et ne fournissent aucun principe thérapeutique général. Le seul moyen de parvenir à ce dernier but est de rechercher l'effet des médicamens sur l'homme sain. Etudiée ainsi, toute substance médicinale produit des changemens particuliers dans l'organisme, détermine des états de maladies artificielles variés à l'infini. Deux sortes d'effets se remarquent donc dans l'emploi des médicamens: 1.° guérisons opérées par fois dans les maladies; 2.° provocation d'états morbides dans les corps sains. La même force médicinale qui rétablit la santé troublée de l'homme malade, dérange la santé régulière de l'homme sain. On est par conséquent en *droit* d'en conclure, que les médicamens deviennent remèdes, moyennant leur faculté de produire de leur chef des altérations sur des corps sains, ou en d'autres termes, que la même force qui se montre comme puissance morbifique dans le corps sain, se manifeste comme vertu curative dans la maladie à laquelle elle convient. Ce ne sera donc que dans le rapport entre les symptômes des maladies et les effets *purs*, *spécifiques* des médicamens, c'est-à-dire, leurs effets sur des hom-

mes sains, que l'on doit chercher le principe général du traitement des maladies.

Il n'y a que trois rapports possibles entre les symptômes des maladies et les effets spécifiques des remèdes, savoir, l'opposition, la ressemblance et l'hétérogénéité, Il s'en suit qu'il n'y a que trois méthodes imaginables de traiter les maladies, (ceci s'entend des maladies dynamiques et non des maux mécaniques, qui sont du ressort de la chirurgie) 1.° méthode *antipathique*, ou celle qui emploie des médicamens produisant des effets spécifiques *opposés* aux symptômes de la maladie; 2.° méthode *homœopathique*, ou celle qui se sert de remèdes déterminant des effets spécifiques *semblables* aux symptômes de la maladie; 3.° méthode *allopathique*, ou celle qui emploie des médicamens produisant des effets spécifiques *étrangers* aux symptômes de la maladie, c'est-à-dire, ni semblables, ni opposés.

La *méthode allopathique* présente trois chances: si la maladie *artificielle*, c'est-à-dire, produite par le remède, est moins *forte* que la maladie naturelle, celle-ci reste la même. Si les effets morbides du médicament sont aussi *forts* ou plus *forts* que ceux de la maladie, cette dernière est suspendue aussi long-temps qu'on emploie la méthode allopathique; mais elle revient aussitôt qu'on a cessé d'administrer les remèdes, à moins qu'elle n'ait achevé son *cours naturel*. Enfin si l'on continue long-temps d'employer des remèdes allopathiques violens contre une maladie chronique, il peut en résulter une complication de maladies composées des symptômes spécifiques du médicament et de la maladie naturelle, de façon que chacune de ces deux maladies occupe des places différentes dans l'organisme. La méthode allopathique n'opère donc en aucun cas une véritable guérison. Les effets *purs* d'un médicament allopathique, n'étant ni semblables ni opposés aux symptômes de la maladie, ne touchent pas

les parties affectées des souffrances naturelles, et ne *sauraient* réellement *combattre et vaincre* ces dernières. Un tel remède peut bien les faire *taire* pour quelque temps par les souffrances hétérogènes qu'il excite, non pas les *anéantir*.

Dans la *méthode antipathique*, il semble que l'influence du remède *opposé* ait opéré au commencement une *neutralisation* des maux naturels, et qu'elle les ait entièrement guéris. Mais dès que le médicament a cessé d'agir sur le corps, non seulement le mal naturel reparaît, il s'ensuit encore un aggravement évident qui augmente en proportion de la grandeur des doses. Cela provient de ce que *l'organisme a la tendance de réagir contre toute influence étrangère, et de lui opposer un état justement contraire à celui qu'elle excitait en lui.* Or, quand le remède employé contre une maladie produit des effets spécifiques opposés aux effets de celle-ci, il *s'ensuit* que l'effet réactif de l'organisme qui succède toujours à l'effet primitif du remède, ne *saurait* être autre chose qu'un état semblable à la maladie naturelle, état qui aggrave cette dernière. Le traitement antipathique n'est donc qu'un procédé palliatif, qui ne sera jamais capable de guérir aucun mal *de conséquence*, et surtout une maladie chronique.

L'expérience prouve que la *méthode homœopathique* seule se montre toujours salutaire. Comme les effets spécifiques d'un remède homœopathique sont tout-à-fait semblables aux effets de la maladie, ils touchent justement les parties et les organes déjà affectés, et *luttent* avec la maladie naturelle. Mais comme les maladies artificielles, thérapeutiques, sont de leur nature *plus énergiques* que les maladies naturelles, ces dernières cèdent pourvu que les symptômes artificiels les surpassent un peu en force; car *deux maladies semblables ne sauraient exister ensemble dans les mêmes parties*; et comme les

maladies artificielles n'ont qu'une certaine durée, elles s'évanouissent d'elles-mêmes et laissent le corps parfaitement sain. Quant à la réaction de l'organe si défavorable au procédé antipathique, elle devient salutaire dans la méthode homœopathique; car l'influence du médicament homœopathique étant semblable à celle de la maladie naturelle, la réaction de l'organisme produit un *effet opposé* au mal en question, et *contribue par conséquent* au rétablissement de la santé. Delà dérive ce principe : les maladies sont guéries par des remèdes capables de produire dans les hommes sains des affections aussi semblables que possible à la totalité des symptômes du mal en question.

Les remèdes homœopathiques ne doivent être administrés qu'à des doses *aussi petites que possible.* Comme un tel médicament affecte justement les parties du corps qui sont déjà extrêmement affectées par la maladie naturelle, il n'a besoin que de peu de force pour surpasser la dernière; au lieu qu'une grande dose nuirait au malade et pourrait le mettre en danger. Il ne faut employer qu'un seul remède simple à la fois; car ce n'est qu'ainsi qu'on peut combiner le rapport des effets spécifiques d'un médicament avec les symptômes de la maladie. Les remèdes homœopathiques doivent être tirés des substances médicinales les plus *pures et douées de toutes leurs forces naturelles.* C'est pourquoi il est essentiel que le médecin prépare et administre lui-même ses médicamens, pour que le malade reçoive le remède en justes qualité et quantité.

Telle est la doctrine qui, suivant M. E. G. de Brunnow, traducteur de l'organon du docteur Hannemann, doit changer entièrement la face de la science médicale. Contemporains, s'écrie-t-il, le jour de cette grande réforme est venu! C'est l'objet de l'ouvrage immortel dont je vous offre la traduction. M. E. G. de Brunnow passe

ensuite en revue les obstacles qui se sont opposés à la propagation de la doctrine de l'homœopathie, et qui sont tous ceux par lesquels a été arrêté l'essort des plus grandes découvertes de l'esprit humain, la routine, l'ignorance, l'envie, la malveillance, la légèreté, etc., etc. Quoique d'après le simple exposé que nous avons donné, il nous fût assez facile de signaler dans le système du docteur Hannemann, l'abus de la métaphysique particulière aux Allemands, de montrer les erreurs dans lesquelles il est tombé en considérant l'économie humaine, ses maladies et les effets des médicamens d'une manière abstraite, de contester la vérité de certaines propositions générales qui forment la base du système, et même la justesse des conséquenses qui en sont déduites; nous attendrons, pour indiquer et motiver notre jugement, et pour éviter les reproches adressés par le traducteur aux critiques du docteur Hannemann, que nous puissions prendre connaissance de l'ouvrage entier, où le système de l'homœopathie est plus amplement exposé, où sont développés les faits qui lui servent de fondement et de preuves. Quelque faux que puisse être un système, il y a toujours quelque utilité dans les travaux de son auteur et de ses partisans, parce qu'ils ont considéré les objets sous des points de vue particuliers qui peuvent faire découvrir des vérités inaperçues jusqu'alors.

---

## VARIÉTÉS.

### *Académie royale de Médecine.*

*Section de Médecine.* — *Séance du 26 octobre.* — M. Léveillé lit un mémoire sur le *delirium tremens* décrit par M. Blacke (*Voy.* Arch. gén. T. 4, pag. 98.) sous le nom de *delirium ebriositatis*, et qu'il a cru dési-

gner plus convenablement sous la dénomination d'*encéphalopathie crapuleuse*. Nous craignons beaucoup qu'un nom aussi peu scientifique ne soit pas adopté généralement, et l'auteur aurait dû se borner à tracer l'histoire de cette maladie sans chercher à lui imposer un nouveau nom qui ne donne aucunement l'idée de sa nature et de ses principaux caractères.

M. Léveillé a reconnu que l'opium, administré à hautes doses, ne manque jamais de faire cesser tous les accidens nerveux, à quelqu'époque de la maladie qu'on le donne.

M. Fouquier présente une masse d'acéphalocystes de l'espèce désignée par M. H. Cloquet sous le nom d'acéphalocystes en grappes. Elles étaient contenues dans l'utérus d'une femme qui offrait tous les symptômes d'une grossesse de sept mois et demi.

— M. Collineau a été nommé membre adjoint de l'Académie Royale de Médecine.

*Séance du 9 novembre.* — M. Mérat lit un rapport sur un mémoire de M. A Grimaud relatif à l'emploi médical de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia. Il s'étonne que l'auteur ait pu rencontrer depuis le mois de mai dernier *trente* individus sur lesquels il dit avoir éprouvé les heureux effets de ce médicament. Quoi qu'il en soit, le rapporteur fait remarquer à ce sujet, en reconnaissant d'ailleurs les résultats avantageux de l'usage de cette écorce, qu'il existe la plus grande analogie entre son mode d'action et celui du remède du docteur Darbon ; ce qui peut donner lieu de penser que ce remède lui doit peut-être son efficacité. M. Mérat rappelle à cette occasion les succès obtenus à l'hôpital de la Charité, et sur lesquels M. Fouquier donne quelques détails; M. Andral fils rapporte une observation à l'appui.

M. Rullier fait remarquer qu'il n'y a pas toujours dans la conduite du docteur Darbon toute la bonne foi désirable, et il cite le fait suivant en faveur de son assertion : Une jeune femme hypocondriaque se croit affectée du ver solitaire ; elle se persuade dans cette idée et se rend auprès de M. Darbon auquel elle soumet ses doutes : celui-ci partage l'opinion de la malade qui s'engage à lui payer une somme convenue, qu'on dépose en main tierce, si le ver est rendu et si le remède dissipe les douleurs qu'elle ressent depuis long-temps. M. Darbon fait avaler sa potion; il n'en résulte aucun effet, mais il n'en exigea pas moins la somme malgré les observations de la malade qui n'éprouva aucune espèce de soulagement. M. Fouquier rapporte un cas semblable dans lequel M. Darbon exigea ainsi un payement assez fort, quoique son remède eût été sans effet.

M. Nacquart cite l'observation d'une domestique qui, étant tourmentée depuis long-temps de coliques continuelles, les attribua à l'existence du ver solitaire, et fut consulter M. Darbon, qui, sans plus d'examen, lui administra sa potion, après être convenu d'un prix assez considérable. Elle rend, au bout de deux heures, des mucosités glaireuses réunies en

masse : on lui dit qu'elle vient d'expulser *le nid du tænia* et qu'elle est sauvée. Cette femme, très-satisfaite d'une réussite aussi complète, se rend chez elle; dans la soirée, elle éprouve des douleurs abdominales très-vives; elle monte dans sa chambre, où on la trouve morte après quelques heures. A l'ouverture du corps, qui fut faite par MM. Nacquart et J. Cloquet, on observa une inflammation violente de l'estomac et des intestins: les autres organes ne présentèrent aucune altération.

M. H. Cloquet rapporte, au sujet de ce *nid du tænia*, que plusieurs personnes, traitées par M. Darbon, sont venues lui rapporter des *œufs* de ce ver qu'elles avaient rendus, disaient-elles, aussitôt l'administration du médicament. Ces prétendus *œufs* de tœnia n'étaient autre chose que des *graines de jusquiame* enveloppées dans des mucosités intestinales.

*Assemblée générale du 2 novembre.* — M. Dupuytren, président annuel de l'Académie, est présent à la séance. M. Double, vice-président, occupe le fauteuil. La lecture du procès-verbal donne lieu à de nouvelles réflexions de la part de M. Husson, qui fait remarquer que M. le secrétaire perpétuel, dans la dernière séance, n'y a point exactement rapporté ce qui s'est passé lorsqu'on demanda des éclaircissemens sur le motif de la suppression des noms de MM. La Rochefoucault-Liancourt et Thouret, dans le rapport sur les vaccinations de 1823. Il prie de nouveau M. le secrétaire perpétuel de s'expliquer sur une semblable omission, et fait observer qu'un arrêté ayant été pris à cette occasion, le procès-verbal doit faire mention de cet arrêté. M. Double et M. le secrétaire-perpétuel opposent aux observations de M. Husson, des raisons *qui ne paraissent pas satisfaire généralement l'assemblée.* Cependant on demande la clôture de la discussion, qui se prolonge, et à laquelle M. Louyer-Villermé prend part pour appuyer la réclamation de M. Husson. La clôture est prononcée et l'on adopte la rédaction du procès-verbal. (Mouvement de surprise dans une partie de l'assemblée.)

M. Laurencet, de Lyon, lit un mémoire sur la structure intérieure de l'encéphale et sur un nouveau procédé pour déployer ses diverses parties et en étudier les rapports. Il fait ensuite la dissection d'un cerveau d'après les principes qu'il vient d'émettre (*Voyez* le mémoire de M. Laurencet dans ce cahier).

*Académie de Chirurgie.* — *Séance du 30 septembre.* — M. Larrey présente un malade sur lequel un coup de sabre a fait la section complète de la moitié supérieure de l'olécrâne; le fragment osseux auquel adhère encore une portion du tendon du triceps brachial, a été extrait par M. Larrey.

Le même académicien a montré un soldat qui portait une fracture comminutive de la partie inférieure de la jambe. L'appareil est resté appliqué soixante jours, quoique les parties molles fussent déchirées. La guérison est parfaite.

M. Jules Cloquet présente, 1.° un cas de fracture de la mâchoire inférieure siégant sur la symphise; 2.° un cas de fracture de la mâchoire supérieure; 3.° une tête d'humérus nécrosée extraite par une fistule.

M. Deguise fils lit une observation d'opération de la taille, intitulée : *Taille par la méthode de M. Dupuytren.* Cet intitulé donne lieu à de vives réclamations, à la suite desquelles M. Deguise consent à donner à son observation le titre qui suit : *Observation sur l'opération de la taille.* MM. Evan et Emery sont nommés commissaires.

M. Aumont présente à l'Académie un malade sur lequel le pariétal a été déprimé d'un tiers de pouce, sans qu'il ait jamais existé de symptômes de compression. L'exfoliation de la table externe de l'os a eu lieu. La guérison est parfaite.

M. Bard présente une jeune fille portant une hernie vaginale, qui a offert quelques symptômes d'étranglement.

*Séance du 14 octobre* 1824. — M. Larrey a présenté à l'Académie le crâne d'un sujet qui avait reçu un coup de sabre à la tête, lequel avait été suivi d'une coupure de l'os frontal et de fracture en rayons dans une grande portion de cet os, avec déplacement peu sensible à l'extérieur et enfoncement des pièces de la table interne vers la dure-mère et le cerveau. Le soldat, sujet de cette observation, fut conduit à une guérison assez prompte par la réunion immédiate de cette plaie opérée par le chirurgien-major du régiment, peu d'instans après l'accident. Ce militaire reprit ensuite son service, et le continua l'espace de deux mois environ. A cette époque il fut frappé presque tout-à-coup de paralysie aux deux membres du côté opposé à la cicatrice qui existait à la partie latérale du front près le cuir chevelu. Enfin, il fut envoyé à l'hospice du Gros-Caillou. Sur l'assertion du chirurgien-major notre confrère, que nous avions fait appeler pour avoir les renseignemens nécessaires sur la nature de la blessure, pour savoir si elle était simple et sans fracture de l'os, je n'osai plus, dit M. Larrey, exécuter le projet que j'avais conçu de lui appliquer le trépan, persuadé d'ailleurs que l'hémiplégie pouvait également dépendre d'un abcès établi profondément dans le cerveau, résultat de l'ébranlement imprimé à cet organe par le choc de l'arme vulnérante dont le tranchant était mal acéré; en sorte que nous nous bornâmes à l'usage des délayans et des topiques révulsifs, tels que les vésicatoires et le moxa posés à la base du crâne du côté opposé à la paralysie. Celle-ci avait diminué sensiblement, lorsqu'il se déclara des symptômes d'une hépatite obscure, avec flux diarrhéique bilieux, auxquels le militaire succomba quelques semaines après, malgré tous les moyens que nous mîmes en usage pour combattre les affections que nous jugeâmes d'abord être symptomatiques de la plaie de tête. Elle avait émoussé chez lui la sensibilité animale et les organes des sens. A l'auptosie, nous découvrîmes dans le crâne la fracture et le déplacement des fragmens osseux dont nous avons parlé, les points de la dure-mère et du cerveau comprimés par eux, enflammés, et les substances de l'encéphale ramollies dans les points correspondans. Plusieurs abcès considérables avaient désorganisé le parenchyme du foie; de légères ulcérations s'observaient dans les intestins grêles, et sur-tout dans le colon ascendant. Ces faits, et tant

d'autres semblables, prouvent, contre l'assertion de quelques praticiens, que dans les fractures du crâne, lorsqu'il y a fracas et enfoncement des pièces, il ne faut pas même attendre le développement des signes qui annoncent la compression du cerveau, pour mettre en usage les moyens propres à relever les esquilles ou à les extraire, tels que le trépan. Quelques faits isolés, accompagnés d'ailleurs de circonstances favorables, telles que l'écoulement des matières qui peut se faire par les fentes de la fracture ou par l'oreille, comme chez le sujet qui a été présenté à l'Académie par M. Aumont, ne peuvent affaiblir la justesse et l'importance de cette règle générale. On en a vu la juste application chez le cuirassier que nous avons présenté à l'une des dernières séances, et auquel nous avons fait l'opération du trépan pour un cas parfaitement semblable à celui du sujet présenté par M. Aumont.

---

*Un mot sur l'Eloge historique de* FR.-J.-LÉON ROUZET, *docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, etc.; par M.* BERARD.

Si cet éloge n'était qu'une notice biographique sur un jeune médecin avantageusement connu par des articles de critique et un discours préliminaire au Traité de Dumas, *sur les maladies chroniques*, etc., il n'y aurait pas là matière à disserter. Un ami, un condisciple peut louer d'effusion de cœur, même avec exagération, son ami enlevé à la fleur de l'âge, sans qu'un tel éloge tire à conséquence. Mais comme le panégyriste de Rouzet a fait aussi l'éloge de la *classique Revue*, avec une complaisance singulière, comme il traite un peu lestement ses confrères de la Faculté de Paris, sur-tout ceux qui appartiennent à l'école dite de M. Pinel, nous nous permettrons de répondre quelques mots à M. Berard, ne fut-ce que pour lui prouver que cette fois au moins le sentiment de leur faiblesse ne réduit pas au silence les médecins de cette école, et qu'ils croient pouvoir encore élever la voix après le coup de massue que vient de leur donner l'un des disciples les plus diserts de la savante et dogmatique école de Montpellier.

Il est bon de savoir, d'abord, qu'il existe à Paris une petite *colonie* de docteurs de Montpellier, qui semblent avoir formé une espèce d'assurance mutuelle, et qui se soutiennent entre eux envers et contre tous, comme les membres d'une docte confrérie médicale que chacun connaît. La *Revue médicale*, tant louée dans cet éloge, est l'organe avoué de cette association scientifique. Ce fut M. Rouzet qui fonda ce Journal, aidé, à ce qu'on prétend, en secret de la plume vigoureuse d'un homme de talent, qu'une disgrâce, dit-on, imméritée, avait dû profondément aigrir. Les destinées de ce Journal n'ont eu d'ailleurs rien que de très-commun. Il semble même qu'il y ait quelque chose de sinistre pour lui dans une apologie mêlée aux cyprès de l'oraison funèbre.

Après quelques détails peu importans sur les premières années et sur les études médicales de feu M. Rouzet, M. Berard trace dans son Eloge un petit tableau de l'état de la médecine à Paris en 1818, époque de l'arrivée de son ami dans cette capitale ; en voici les principaux traits...... « L'illustre Pinel avait tenu pendant plusieurs années le sceptre *de l'opinion*, et avait fait goûter le *brownisme*, en le masquant sous les formes sévères de la description exacte des maladies ; et en modérant son activité turbulente et redoutable, par la réserve de la médecine expectante. Il avait mérité le haut rang qu'il occupait, par un goût épuré pour l'observation, par une érudition choisie, par une classification séduisante de simplicité ; un ton dogmatique et *tranchant*, et un *despotisme* imposé au nom même de l'intérêt de la science et de la philosophie, avaient augmenté le nombre de ses prosélytes. Il parut parmi eux un médecin qui, formé par ses leçons, n'en n'avait que trop profité, et devait tourner contre son maître les déclamations renaissantes par lesquelles celui-ci avait attaqué tant de grands noms, et souvent tant de grandes vérités. Aux réticences adroitement ménagées d'un vieillard enivré de gloire, il opposait la verve des injures, la fougue de l'âge et la violence d'une ambition dont les légitimes prétentions avaient été trompées jusqu'alors. Observateur infatigable, scrutateur heureux d'une branche de maladies jusqu'alors négligées, doué d'un esprit pénétrant qui découvre toutes les conséquences d'un principe et en épuise les vérités, parce qu'il n'hésite pas à en subir les erreurs ; plein de cette ardeur aveugle qu'aucun obstacle n'arrête, de cette opiniâtreté de persuasion qu'aucune raison n'ébranle, etc., etc., etc., M. Broussais dominait la science en maître ou en despote. Depuis les temps de barbarie, qui avaient été même étonnés des déclamations virulentes de Paracelse, la science n'avait pas encore entendu un langage semblable au sien..... Rouzet était trop familiarisé avec les faits et les saines doctrines, pour ne pas sentir les vices d'un système si rétréci...... Il dut se croire d'autant plus aisément appelé à défendre les droits d'un éclectisme légitime, qu'il put se convaincre sans peine que la plupart des médecins, admettant les erreurs fondamentales de M. Broussais, étaient dans l'impossibilité de le combattre. Les disciples de M. Pinel, *arrêtés dans un empirisme borné*, égarés dans *le dédale des abstractions symptomatiques* dont ils faisaient des maladies essentielles, ou livrés à un *brownisme* que le maître n'avait pu dissimuler lorsqu'on osait lui demander compte de ses oracles, ne pouvaient plus défendre ce terrain ruineux, depuis que M. Broussais avait montré l'insuffisance de l'empirisme, les séductions d'une analyse symptomatique, et les dangers des médications incendiaires. Ils ne pouvaient pas établir des principes exacts, inhabitués qu'ils étaient à manier les *méthodes logiques*, depuis que le maître avait proscrit tous les raisonnemens, et n'avait permis que ceux qui favorisaient sa manière de voir. Les uns se livraient *sans défense* à la nouvelle doctrine, et en devenaient souvent les partisans aveugles ; les autres restaient fidèles aux principes de leur éducation première, par une indifférence

*qui trahissait leur faiblesse*, etc. , etc...?.. » Ne parlons point de la légèreté avec laquelle est traité le vénérable Pinel, de l'inconcevable mépris qu'on déverse sur tant de médecins distingués sortis de l'école de ce professeur célèbre ; portons seulement notre attention sur la marche brillante et rapide de M. Rouzet, qui, après avoir été sous-aide-major pendant deux ans, et pris le titre de docteur en médecine à Montpellier, arrive à Paris à l'âge de *vingt-trois ans*, pour prendre le sceptre vacant de la critique, se mettre à la tête de cet autre éclectisme presqu'aussi célèbre que celui d'Alexandrie (1) ; exercer enfin une influence immense sur la médecine livrée à des *Pinélistes bornés et empiriques*, et à des partisans ignorans et fanatiques de M. Broussais. Tout cela est vraiment admirable, et un tel prodige ne pouvait être opéré que par un élève de cette école de Montpellier, belle de huit siècles d'antiquité et de gloire.

Il est encore question, dans l'esquisse de M. Bérard, d'une secte *réprouvée* de médecins de notre temps, que M. Rouzet, d'après son panégyriste, s'était encore chargé de régenter : ce sont les *physiologistes physiciens* qui travaillent, au grand scandale des vitalistes méridionaux, à nous inculquer par leurs expériences que les phénomènes de la vie sont autant de propriétés de la matière organisée par le suprême architecte des mondes. Quant à la Faculté de Médecine de Paris, il n'en parle guère que pour nous dire qu'elle a pris dans ces derniers temps *un caractère essentiellement pratique qui peut exercer la plus heureuse influence sur les destinées de l'enseignement et de la science.* On voit que le langage acerbe de notre Aristarque devient excessivement mielleux quand il s'agit de la bienheureuse Faculté reconstituée.

La Revue dirigée par M. Rouzet était l'organe des médecins de Montpellier, appelés éclectiques par M. Bérard ; c'est là que, suivant lui, MM. Bellanger, Bousquet, Dupau, Miquel, défendaient le bon goût et les saines doctrines médicales que les Pinélistes livraient sans défense à l'usurpation des opiniâtres partisans de M. Broussais ; c'est là que, d'après l'expression de notre auteur, les médecins les plus sages et les plus instruits de la Faculté de Paris, MM. Andral, Andrieux, Cruveilhier, Dugès, etc., faisaient assaut de dévouement pour la bonne cause, et rompaient incessamment des lances avec les *Pinélistes*, les *Broussaisistes* et les *physico-physiologistes*. Nous n'avons aucun motif de suspecter ni d'improuver les éloges donnés par M. Bérard à ses honorables collaborateurs. Qu'il nous soit seulement permis de faire observer à M. Bérard, qui reproche aux médecins de Paris de manquer d'érudition, que s'il eût lu la préface que M. Cruveilhier a mis à la tête de son Essai sur l'anatomie pathologique, peut-être eût-il hésité à le placer au nombre des médecins qu'il appelle éclectiques, et à lui faire faire cause commune avec les antagonistes de M. Broussais.

Il y a encore dans l'éloge de M. Bérard bien d'autres choses étrangères

(1) *L'éclectisme philosophique.*

à M. Rouzet : on y parle, par exemple, d'un certain *moi* qui joue un si grand rôle dans un autre ouvrage de l'auteur, et des opérations d'un *sens interne* dont la supposition a de tout temps jeté les métaphysiciens dans un dédale de divagations.

Enfin, cet Eloge historique est terminé par une espèce d'homélie où il est parlé avec onction de devoirs religieux, de convictions religieuses et d'éternité. On voit que sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, l'auteur n'a pas perdu de vue l'axiôme si connu : *in omnibus respice finem*. BRICHETEAU.

---

— La gloire de M. B. est au comble. La doctrine physiologique envahit les boutiques des apothicaires. La lumière commence à pénétrer dans ces sombres réduits. Un pharmacien vient de se mettre à la hauteur du siècle. Au lieu de ces *ontologiques* remèdes contre les glaires, les catarrhes, les dartres, les fièvres, etc., etc., M. N. vient de composer un *sirop contre les irritations*. Pends-toi, brave Leroy, ta panacée universelle va pâlir devant la nouvelle découverte ; et vous, lecteurs du *Catéchisme* de la doctrine physiologique, accourez-tous ! votre salut est assuré. Le maître vous a appris que la fièvre cérébrale, l'apoplexie, la cérébrite, la méningite, la manie, l'épilepsie, l'hypochondrie, la pneumonie, la phthisie, les scrofules, le cancer, etc., etc. ; que toutes les maladies passées, présentes et à venir n'étaient que des irritations.... Prenez du sirop contre les irritations. C'est ce qui s'appelle toucher le fond des choses.... Il n'est pas maladroit le pharmacien, et il a su prendre le bon parti. L'incendiaire quinquina et le camphre meurtrier sont menacés d'être laissés pour toujours sur les bords étrangers qui les produisent ; leur antique légitimité est près de disparaître sous l'usurpation peu lucrative de la gomme et des sangsues. C'était le moment opportun, et M. N. s'est retourné à propos, comme tant de gens. Il a fabriqué un sirop qui convient à l'épidémie actuelle : l'irritation.

— L'Athénée de Médecine de Paris avait proposé, pour sujet du concours de cette année, de déterminer les divers aspects de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire. Le prix a été décerné à M. Charles Billard, ex-élève interne de l'hôpital d'Angers, qui a inséré plusieurs travaux intéressans dans les *Archives*. Le Mémoire sur le même sujet, qui commence ce Numéro, était destiné à ce même concours. Nous donnerons des extraits du Mémoire couronné de M. Billard. Les travaux de ces deux auteurs éclairciront tout-à-fait, il faut l'espérer, ce point important d'anatomie.

— La Société royale de Médecine de Bordeaux a exposé, dans sa séance annuelle du 31 août, les travaux qui l'ont occupée pendant l'année. M. le secrétaire a rapporté un grand nombre d'observations particulières communiquées à la Société par ses divers membres. La plupart de

ces faits, exposés d'ailleurs avec trop de concision, n'offrent rien qui ne soit connu. Ils ne peuvent servir qu'à l'instruction particulière des personnes qui en reçoivent immédiatement la communication. Nous allons en citer quelques-uns qui paraissent dignes d'une attention plus générale, en regrettant toutefois que le défaut de détails ôte beaucoup à l'intérêt dont ils sont susceptibles.

Un enfant qui n'a véeu que treize mois, avait offert la coloration bleue des tégumens. L'autopsie cadavérique fit voir la conservation du trou de botal, par conséquent la libre communication des deux oreillettes, et une ouverture ronde, de demi-pouce de diamètre, à la cloison des ventricules, près de leur base; de sorte que le sang noir passait immédiatement des cavités droites dans les cavités gauches. L'artère pulmonaire était petite, et ne pouvait recevoir dans son calibre qu'une faible colonne sanguine, laquelle, soumise à l'hématose, entretenait sans doute la nutrition et la vie. »

« M. Carrié a fait cesser des fièvres intermittentes rebelles d'automne, en associant l'extrait de quinquina au sulfate de quinine. » ( Le quinquina et le sulfate de quinine, administrés séparément, avaient-ils échoué )?

« Le même médecin a vu un enfant bègue depuis plusieurs années, recouvrer la liberté de la parole après une *rougeole* assez intense. »

« Un autre membre de la Société a vu un enfant de deux ans devenir muet après la rétrocession de la *rougeole*; cette infirmité a disparu spontanément deux ans après. »

« M. Gardey a vu une femme devenir maniaque après la suppression d'une diarrhée habituelle. La maladie cérébrale cessa dès qu'on eut rétabli le flux intestinal par les purgatifs drastiques. »

« Un enfant adonné à la masturbation, étant tombé dans le *tabes dorsalis*, fut aussi atteint d'une ascite. Au moment où on voulait lui pratiquer la ponction, on s'aperçut que le scrotum était très-enflé; on y pratiqua plusieurs mouchetures. Le liquide épanché dans la cavité de l'abdomen s'écoula par cette voie, et l'ascite guérit ensuite à l'aide de quelques purgatifs. »

« Un jeune homme de dix-sept ans était atteint de la rougeole. Un croup funeste se développa par la rétrocession subite de l'exanthême, et le suffoqua le troisième jour. On trouva la membrane croupale très-épaisse, remplissant la cavité du larynx et fermant l'ouverture de la glotte. »

» Un homme âgé de trente-six ans, robuste, éprouve deux accès de fièvre intermittente quotidienne, légère; au troisième et au quatrième accès, des *symptômes cérébraux graves* se développent, et il mourut *malgré l'emploi du quinquina*. On observa, à l'autopsie cadavérique, un *épanchement séro-purulent* dans la cavité de l'arachnoïde et des ventricules du cerveau, et la membrane muqueuse gastro-intestinale comme *ecchymosée dans toute son étendue*. — Il est juste de joindre la contre-partie : un homme atteint d'une fièvre tierce pernicieuse, *avec délire*, a été *guéri*

en prenant, par inadvertance, en une fois, une potion contenant *trente-six grains de sulfate de quinine.* »

« Une femme, atteinte d'une violente colique, avala, par mégarde, la décoction d'un lavement dans laquelle on avait ajouté deux gros de laudanum : un sommeil de cinq à six heures s'ensuivit, et la douleur cessa. »

« Une dame, âgée de trente-six ans, ayant resté plusieurs heures dans une maison fraîchement peinte et réparée, fut prise d'une violente colique qui a duré plus de huit jours. Les saignées locales, les calmans, les purgatifs huileux n'avaient pu la détruire ; elle cessa après une ménorrhagie spontanée. »

La Société avait mis au concours les questions suivantes : « Existe-t-il des maladies dans lesquelles les propriétés vitales soient lésées seulement, sans altération des tissus organiques ? Ces maladies peuvent-elles être reconnues et démontrées par des caractères positifs, et confirmées ultérieurement par l'ouverture des cadavres ? »

Les mémoires envoyés n'ayant pas rempli les intentions de la Société, ces questions sont retirées du concours. Seulement la Société a cru devoir décerner, à titre d'encouragement, une médaille d'or à M. le docteur Ladevèze, médecin à Bordeaux. Ce médecin, dans son mémoire, adopte la théorie du célèbre Barthez, sur le principe vital. C'est d'après cette base, qu'il admet que le plus grand nombre des maladies dépendent seulement de la lésion de ce principe (*la lésion d'un principe !!*) et qu'aucune altération des tissus organiques n'existe dans les fièvres, les inflammations et les névroses : il n'y aurait, selon l'auteur, que les dégénérescences et transformations des organes qui mériteraient le titre de lésion des tissus organiques.....

— *Aliénation mentale.* Le rapport annuel sur l'hospice des aliénés du canton de Zurich, offre les résultats suivans : Dans le courant de l'année 1823, 37 aliénés furent reçus à l'hospice. Sur ce nombre, il en est sorti 17 entièrement guéris ; 8 dans un état de convalescence ; 6 dans lesquels on n'a pu apercevoir aucun changement ; 4 sont morts ; 2 ont été portés sur les rôles de 1824 ; 19 appartenaient au sexe masculin, 18 au sexe féminin. En les divisant selon les âges, on en trouva 5 de 10 à 20 ans ; 9 de 20 à 30 ; 12 de 30 à 40 ; 5 de 40 à 50 ; 3 de 50 à 60, et 3 de 60 à 70. Outre quatre complices des scènes atroces de Wildenspuch, qui ont passé quelque temps à l'hospice, on remarque cinq autres aliénés pour cause de fanatisme religieux ; la perte de leur raison doit être attribuée à la lecture de ces écrits inspirés par la superstition et le mysticisme que certaines gens se plaisent à répandre parmi le peuple..... Parmi les autres causes d'aliénation mentale observées dans l'hospice de Zurich, le rapport indique les dispositions héréditaires, la discorde domestiques, des revers de fortune et des excès de débauche. » (*Extr. de la Revue encycl.*)

*Guérison rapide d'une encéphalite très-intense.* — M. Bigot, médecin à Angers, nous communique le fait suivant : un roulier, âgé de 42 ans,

d'une constitution très-robuste, très-irascible et porté à la mélancolie, depuis plusieurs années, par des chagrins assez vifs, boit un soir avec excès pour s'étourdir sur sa situation; on le porte chez lui ivre-mort. Cet état le plonge dans un assoupissement qui dure une partie de la nuit, et sur les quatre heures du matin un délire violent lui succède : le malade est poursuivi par les idées les plus sinistres, et se livre à des actes de fureur. Les sens de la vue et de l'ouïe sont dans une exaltation excessive; le moindre bruit l'effraye, la lumière le fatigue, le moindre contact l'irrite; les yeux sont injectés, brillans et agités convulsivement; la face est rouge et comme tuméfiée; ses muscles sont affectés de mouvemens convulsifs : tremblement considérable des membres et du tronc; pouls très-fréquent et plein; peu de chaleur à la peau. Saignée de plus de deux livres après laquelle la plus grande partie de ces accidens cesse; sinapismes aux pieds, limonade, diète absolue. Le calme dure quatre heures environ, et les mêmes symptômes se manifestent de nouveau; seulement le délire n'est plus le même; le malade est tourmenté de la crainte de mourir. Seconde saignée de deux livres. Aux deux saignées, le malade se plaint d'éprouver lors du passage du sang à travers la plaie de la veine, la douleur que produit le feu ou l'huile bouillante. On applique en outre trente sangsues au cou. Cinq heures après leur application, le délire cesse tout-à-fait; une sueur générale et abondante couvre le corps; la fréquence du pouls diminue notablement. Dans la nuit, sommeil tranquille. Le lendemain matin, tous les accidens sont disparus; plus de trouble dans les idées; le malade se lève et se promène; il observe dans la journée une diète sévère. La nuit suivante, continuation du calme. Le surlendemain, convalescence confirmée, retour gradué à la santé, et guérison complète.

*Castorine.* — Les chimistes, en dirigeant leurs recherches vers les corps organiques, ont contribué aux progrès de l'art de guérir. Nous leur sommes redevables de plusieurs principes médicamenteux réduits à un très-petit volume, très-faciles à administrer, et d'une composition toujours uniforme. Jusqu'à présent ces principes médicamenteux avaient été extraits des substances végétales qui lui devaient leurs propriétés. M. Bizio vient d'isoler du castoréum celle dans laquelle résident probablement ses propriétés. — La castorine a la même odeur que le castoréum ; sa saveur a quelque rapport avec celle des dissolutions cuivreuses; elle n'a aucune propriété acide ni alcaline; elle est presque insoluble dans l'eau froide et très-peu dans l'eau bouillante; par le refroidissement elle cristallise en aiguilles prismatiques; elle est insoluble à froid dans l'alcohol, et soluble dans cent parties s'il est bouillant ; par une évaporation spontanée, il se dépose de petits prismes longs, diaphanes et disposés en faisceaux. La castorine se dissout dans les huiles volatiles. L'ammoniaque, la magnésie, la potasse et la soude ne l'attaquent point; ces bases ne servent qu'à isoler de la résine si elle en contient. L'acide sulfurique concentré la dissout à froid ; à l'aide de la chaleur il la décompose. A la température atmos-

phérique, l'acide nitrique n'exerce presque plus d'action sur elle; à chaud il en opère la dissolution sans dégagement de deutoxyde d'azote. L'acide acétique la dissout également à chaud, et, ce qui est digne de remarque, c'est qu'au bout d'environ un mois il s'y produit de fort jolis crystaux sous forme d'étoile. On prépare la castorine en faisant bouillir une partie de castoréum en poudre dans six parties d'alcohol; on filtre la liqueur, laquelle dépose insensiblement cette substance sous forme de globules qu'on purifie en les lavant avec de l'alcohol froid.

*Enseignement médical. — Liste des médecins et des chirurgiens qui font des cours particuliers, sans être revêtus des titres d'agrégés en exercice et stagiaire dans le ressort de la Faculté de Paris.*

*Chimie.* MM. Gaultier de Glaubry, les mardi, jeudi et samedi, à dix heures, dans son amphithéâtre, rue du Battoir, N.° 1 : Aubry, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à midi, rue du Colombier, N.° 23.

*Anatomie.* MM. Bogros, prosecteur de la Faculté de Médecine, à quatre heures du soir, amphithéâtre de clinique, rue de l'Observance, N.° 3 : Blandin, *id.*, à deux heures, amphithéâtre de l'Ecole-Pratique, N.° 1, tous les jours : Amussat, aide-d'anatomie, à trois heures, *id.*

*Physiologie.* MM. Broussais, tous les jours, à une heure, rue des Grès ; Magendie, tous les jeudi, à deux heures, dans l'ancien amphithéâtre de M. Vauquelin, rue du Colombier, N.° 23.

*Accouchemens.* MM. Maygrier, tous les jours, à sept heures du soir, rue de la Harpe : Colombe, tous les jours, *id.*, rue de Sorbonne, N.° 2.

*Leçons élémentaires de médecine.* M. Beullac, tous les jours, à deux heures, rue des Grands-Augustins, N.° 26.

Dans l'annonce que nous avons faite des cours particuliers professés par MM. les agrégés de la Faculté de Médecine, nous avons oublié le cours de *chimie médicale* de M. Devergie, qui a lieu tous les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, dans son amphithéâtre, rue des Maçons-Sorbonne, N.° 22, à trois heures; celui de *médecine-légale*, par le même, dont les leçons ont lieu tous les mardi, jeudi et samedi, à midi.

Le même oubli a été commis envers M. Maisonabe, agrégé en exercice, qui commencera sous peu de jours son cours sur les difformités qui peuvent affecter les différentes parties du corps de l'homme dans les deux sexes. Il aura lieu toute l'année, amphithéâtre de clinique, rue de l'Observance, N.° 3. Ce cours sera théorique et pratique, et divisé en deux sections, dont l'une comprendra les difformités *existant au moment de la naissance*; l'autre, *celles qui peuvent survenir après, à quelle*

époque de la vie que ce soit. Il ne s'agira dans l'une et dans l'autre que des difformités *curables*, ou susceptibles d'être confondues avec des maladies.

Ce cours sera gratuit, et bien que principalement destiné à l'instruction de MM. les élèves de la Faculté de Médecine, les personnes qui lui sont étrangères pourront y être admises (1).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Dictionnaire de Médecine en dix-huit volumes; par MM.* ADELON, BÉCLARD, BIETT, BRESCHET, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DESORMEAUX, FERRUS, GEORGET, GUERSENT, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, ORFILA, PELLETIER, RAIGE-DELORME, RAYER, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX *et* RULLIER; *tomes* 8, 9 *et* 10; *de* ENC. *à* HEM.

Les auteurs de ce Dictionnaire poursuivent maintenant sans interruption leur importante entreprise. Le dixième volume est déjà publié depuis un mois; le onzième a paru. Nous devons entretenir nos lecteurs des trois derniers volumes: nous ne pourrons qu'indiquer au milieu d'un grand nombre d'excellens articles ceux qui nous ont paru les plus saillans; nous ferons remarquer seulement les progrès que la doctrine physiologique a faits dans cette association de médecins distingués. Elle compte depuis long-temps au nombre de ses défenseurs éclairés le docteur Georget, auteur de l'article *encéphalite* qu'on trouve au commencement du huitième volume. L'auteur s'efforce de prouver combien l'inflammation de la substance même du cerveau est plus fréquente qu'on ne le croirait d'après les auteurs; il prouve, en examinant des observations multipliées d'arachnitis, de fièvres ataxiques, d'affections nerveuses, etc.; que dans un grand nombre de cas, les phénomènes morbides reconnaissaient pour cause une lésion inflammatoire de l'encéphale. Il pense avec raison que c'est à cette phlegmasie, reconnaissable pendant la vie et à

(1) M. Maisonabe a formé, rue de Chevreuse, N.° 4, un établissement destiné au traitement des difformités, et composé de deux bâtimens séparés, l'un pour les hommes et les enfans des deux sexes au-dessous de huit ans; l'autre pour les hommes de tout âge au-dessus de huit ans.

M. Maisonabe se propose aussi de publier un Journal consacré aux mêmes maladies. Cette entreprise ne peut que tourner au profit de la science.

l'ouverture des corps, qu'on doit rapporter *les ramollissemens*, *les dégénérescences*, *les foyers ataxiques* et tous les êtres *sui generis* inventés pour couvrir le vague des idées. Les ouvrages de Morgagni, de MM. Boyer, Lallemand, Parent, Rostan, Abercrombie, lui ont fourni des argumens multipliés en faveur de son opinion, qui sera probablement adoptée par la plupart de ceux qui, lisant cet article, observeront la marche et les symptômes des maladies précitées, et qui seront à même de la vérifier par les recherches d'anatomie pathologique. Ennemi des opinious exclusives, M. Georget ne peut voir dans toutes les fièvres, appelées jadis essentielles, des gastro-entérites, lorsque les signes de l'irritation encéphalique s'y montrent d'une manière non équivoque. On conçoit qu'une maladie mal connue soit généralement mal traitée: il devait en être ainsi de l'encéphalite. « L'espace nous manque, dit M. Georget, pour retracer ici le tableau de toutes les erreurs commises dans le traitement de l'encéphalite, méconnue et envisagée sous le rapport de quelques-uns de ses symptômes ou de ses résultats cadavériques, dont on a fait autant de maladies essentielles. Pour faire connaître les funestes effets des moyens dirigés contre la putridité ou l'adynamie, contre la malignité ou l'ataxie, les convulsions, la paralysie, le délire, le coma, les épanchemens séreux, etc., nous renverrons le lecteur aux ouvrages de MM. Rochoux, Lallemand, Parent et Martinet. Il y pourra consulter près de trois cents observations d'individus des deux sexes et de tous les âges morts d'encéphalite simple ou compliquée, qui a été traitée, on, pour mieux dire, exaspérée, par de l'émétique, du quinquina, du camphre, du musc, de l'éther, de la noix vomique, des vésicatoires, et tout ce qu'on appelle toniques et stimulans les plus énergiques. » M. Georget donne les règles qui doivent diriger le médecin dans le traitement de cette affection qui fera moins de victimes à mesure, qu'étant mieux connue, elle sera combattue avec des armes plus puissantes et plus sûres. Quant aux opérations chirurgicales destinées à donner issue à la suppuration formée à la surface du cerveau ou dans la substance même de cet organe, il a rapporté l'opinion des chirurgiens les plus distingués sans émettre la sienne sur ce point délicat.

Les articles *épilepsie* et *folie* du même auteur sont des résumés fort bien faits des travaux publiés sur ces maladies. Ceux de MM. Pinel et Esquirol ont surtout été mis à contribution; ils sont cités à chaque instant.

Les nouvelles idées sont aussi professées par un homme dont l'autorité doit être d'un grand poids pour ceux qui apprécient le talent uni à la modestie et à la bonne foi, par M. Guersent. On les retrouve à chaque page dans les articles de thérapeutique générale et spéciale dont il enrichit le Dictionnaire; mais elles se présentent surtout d'une manière remarquable dans ses considérations sur les maladies des enfans et leur thérapeutique. Dans cet article M. Guersent examine les diverses ressources dont le praticien peut disposer pour combattre les maladies du premier âge; il les compare entre elles et démontre d'après son expérience que les

remèdes appelés héroïques n'ont pas les succès les plus constans. Il s'élève contre l'abus des irritans de toute espèce et surtout de ceux qu'on dirige sur le conduit intestinal. Enfin, il combat l'opinion que les enfans ne peuvent pas supporter l'abstinence, et fait voir qu'elle ne leur est ni plus nuisible ni moins avantageuse qu'aux adultes.

M. Rayer, dans les articles *estomac* (pathologie), *fièvre*, qu'il a traité conjointement avec M. Coutanceau, *gastro-entérite*, a discuté la question des fièvres essentielles, question pendante depuis près de dix ans, mais qui paraît enfin se résoudre en faveur de la nouvelle doctrine. Dans le premier article, après avoir signalé les nombreuses causes d'altération qui agissent chaque jour sur l'estomac, et les sympathies multipliées qui lient cet organe avec tous les autres, il décrit les lésions diverses que l'anatomie pathologique y fait découvrir ; il prouve par des citations d'auteurs anciens que l'existence et surtout la nature de ces désordres a presque toujours été méconnue, et que cette erreur a produit le déplorable abus des stimulans de toute espèce. « Si, dit-il, la sensibilité de l'estomac et les funestes conséquences de son exaltation eussent été plus généralement connues des médecins, les aurait-on vus et les verrait-on encore chaque jour, surtout en Allemagne et en Angleterre, prescrire avec tant d'assurance, je dirai presque avec tant d'audace, des doses effrayantes de phosphore, de sulfate de zinc, de cuivre ammoniacal, de tartrite antimonié de potasse, de nitrate d'argent, d'arséniate de soude, d'huile animale de Dippel, de teinture de cantharides, d'huile de térébenthine et autres remèdes violens qui développent souvent le germe de la mort dans l'organe dont l'intégrité est la plus essentielle à la vie. Il faut le dire, les auteurs de semblables médications ne semblent pas avoir soupçonné que ces substances déposées dans l'estomac pourraient bien le rendre malade. » L'article *fièvre* est traité de manière à avancer beaucoup la solution de la question qui divise encore les médecins en deux partis bien inégaux. Point de déclamations, point d'hypothèse, c'est dans l'analyse, dans la comparaison des faits rapportés par les adversaires de la localisation que MM. Rayer et Coutanceau vont chercher leurs preuves et leurs argumens. Il serait tout à la fois difficile et déplacé dans ce recueil de donner une analyse de cet article remarquable sous tous les rapports ; nous dirons seulement qu'après avoir examiné avec soin les ouvrages de tous les nosographes et de tous les pyrétologistes anciens et modernes, après avoir comparé leurs descriptions générales des fièvres avec les histoires particulières qui leur en avaient fourni les traits, MM. Rayer et Coutanceau ont été conduits à cette conclusion, savoir : 1°. que si l'on croyait qu'il fût dans l'intérêt de la science d'utiliser les observations particulières publiées jusqu'à ce jour sur les fièvres *inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique et ataxique*, il faudrait, avant tout, les soumettre à un nouvel examen, et les juger indépendamment du titre qui leur a été imposé. Cette méthode conduirait d'abord à rejeter toutes celles qui sont incomplètes et de nulle valeur, et le nombre en est

considérable. On classerait ensuite les autres, qui pourront être employées par les auteurs qui écriront sur *les maladies locales*, et en particulier sur *la gastrite*, *la gastro-entérite*, *la dysenterie*, *l'angine*, *les aphthes*, *la métrite*, *la péripneumonie*, *la pleurésie*, *l'encéphalite*, *la méningite*, *l'hémorrhagie cérébrale*, *la ménorrhagie*, *les plaies*, *etc.*; 2°. que les descriptions des fièvres *inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *adynamique* et *ataxique*, nées du rapprochement de faits dissemblables, ou dont la nature est restée indéterminée, étant inexactes, arbitraires et fausses, ne doivent plus être désormais reproduites dans les ouvrages de pathologie.

On doit nécessairement rapprocher des deux articles que nous venons de citer, celui où M. Rayer traite de la gastro-entérite, affection qui, presqu'inconnue au commencement de ce siècle, au point de n'avoir pas même de place dans le cadre nosologique, est si fréquente de nos jours. C'est une monographie des plus complètes sur l'inflammation de l'estomac et des intestins considérée dans toutes les lésions qu'elle est susceptible de produire. On lira avec fruit, comme complément des précédens articles, et comme servant à l'histoire antérieure de la science, les articles où M. Chomel a traité avec sa précision ordinaire de la gastrite et de l'entérite.

L'anatomie et la physiologie ont dans ce Dictionnaire les plus dignes interprètes qu'elles puissent choisir, MM. Béclard, Hyppolite Cloquet, Adelon, Coutanceau et Rullier. Citer de pareils noms, c'est dire que les parties dont ils se sont chargés ne laissent rien à désirer, et pour que le le lecteur puisse s'en convaincre, il suffit de lui indiquer les articles *épaule*, *estomac*, *foie*, *ganglion*, et ceux *eunuque*, *facultés intellectuelles et morales*, *goût*, *génération*, *etc.*

Dans ces trois volumes se trouvent réunis un assez grand nombre d'articles très-intéressans de pathologie chirurgicale; le mot *fracture* a fourni à M. Jules Cloquet l'occasion de développer une érudition choisie, réunie à un talent chirurgical des plus distingués. Il a su donner également beaucoup d'intérêt à un sujet assez peu important, en traçant l'histoire des ganglions qui surviennent dans les capsules synoviales. On remarque aussi, parmi les excellens travaux du professeur Marjolin, l'article *gangrène*, recommandable par une critique éclairée, et l'article *fistule* dans lequel il a rassemblé tout ce qu'on sait sur cette affection et sur les moyens de traitement qu'on peut lui opposer suivant les diverses parties où elle se manifeste et les formes qu'elle peut revêtir. M. Murat s'est spécialement occupé de la médecine opératoire; cependant il a traité des *épanchemens* considérés sous le point de vue chirurgical et de la *fissure* de l'anus.

Tout ce qui est relatif à l'art des accouchemens sort, comme on sait, de la plume exercée de M. Désormeaux, qui donne les préceptes les plus judicieux dans le style le plus clair et le plus précis. Trois articles capitaux se trouvent dans les lettres E, F, G : ce sont *Enclavement*, *Forceps*

et *Grossesse* : la réputation si bien établie de l'auteur nous dispense d'en faire un plus long éloge. Le dernier est suivi d'un bon article dans lequel M. Raige-Delorme a envisagé la grossesse sous le double rapport de la médecine légale et de la police médicale. Des articles importans de pathologie ont aussi été traités avec distinction par M. Ferrus : tels sont les articles *Épidémie*, *Goitre*, *Goutte*, etc.

Les bornes qui nous sont prescrites et l'étendue de l'ouvrage qui nous occupe ne nous permettent pas même d'indiquer tout ce que nous avons trouvé de remarquable ; mais nous ne pouvons nous empêcher en finissant de citer l'article *Gale* de M. Biett, et les articles de chimie et d'histoire naturelle médicale de MM. Orfila, Pelletier et A. Richard, et ceux que M. Rostan a consacrés aux diverses parties de l'hygiène et de la physique médicale.

Le Dictionnaire de médecine, nous le croyons, fera réellement époque dans la science, dont il expose l'état actuel de la manière la plus satisfaisante. La plupart des auteurs, sans se laisser entraîner par l'esprit exclusif de réforme, ont suivi avec sagesse la marche imposante des sciences médicales depuis quelques années ; et l'on peut assurer qu'aucun des ouvrages de même nature, publiés antérieurement, ne saurait remplacer celui dont nous offrons ici une très-courte analyse. Les connaissances acquises récemment n'en sont pas l'unique cause ; on en trouve un autre motif, plus puissant encore peut-être, dans la manière toute différente qui préside à l'étude et à l'exposition des diverses parties de la physiologie et de la pathologie. RATIER.

---

*De l'influence de l'estomac pour la production de l'apoplexie, d'après les principes de la nouvelle doctrine physiologique ; par* RICHOND, *D.-M.-P. Chez M.lle Delaunay, rue Saint-Jacques, N.° 71.*

Dans un mémoire justement estimé, le docteur Bricheteau a examiné l'influence du cœur sur le cerveau, et les rapports qui s'observent fréquemment entre l'anévrysme actif du cœur et l'apoplexie. M. Richond aujourd'hui cherche à démontrer combien sont étroites les relations sympathiques qui unissent l'estomac à l'encéphale, et combien promptement l'altération du premier organe se répète dans le second. M. Richond, ayant donné dans des propositions finales toute la substance de son mémoire, nous pensons devoir les reproduire ici pour en donner une idée à nos lecteurs. 1.° L'estomac exerce sur le cerveau la plus grande influence ; l'union étroite qu'il présente avec lui, étant indispensable à l'exécution des fonctions qui lui sont départies. 2.° Il exprime ses besoins par les sensations de faim et de soif ; le premier annonce le besoin d'excitation, le second en est un résultat. 3.° Outre les fonctions de nutrition, auxquelles il sert efficacement, l'estomac sert encore à maintenir le cerveau dans le ton favorable à son action ; il est comme le balancier de la

vie. 4.° Le besoin d'excitation, éprouvé par la muqueuse digestive, est un des plus impérieux, un de ceux dont la satisfaction est le plus nécessaire à la régularité de tous les mouvemens. 5.° Suivant que cette irritation gastrique est plus ou moins vive, l'action cérébrale est plus ou moins exaltée ; il suffit pour s'en convaincre de suivre les effets des boissons alcoholiques. 6.° L'ivresse est le résultat d'une excitation cérébrale, déterminée par l'action sympathique de la muqueuse gastrique stimulée. 7.° Les idées relatives au goût sont ordinairement subordonnées à l'état de la membrane muqueuse digestive, et fort souvent le moral est modifié d'après les sensations que perçoit alors le cerveau. 8.° L'influence de l'estomac sur le cerveau peut être appréciée dans l'état de sommeil comme dans celui de veille. 9.° Dans l'état de maladie, l'estomac fait partager au cerveau sa souffrance ; et il résulte de cette participation le développement de phénomènes cérébraux plus ou moins appréciables pour l'observateur. 10.° Ces phénomènes ne sont pas toujours un effet purement sympathique, et plus souvent qu'on ne le pense, le cerveau et ses membranes sont véritablement affectés. 11.° Quand l'irritation gastrique est chronique et ancienne, il existe presque toujours des altérations dans l'encéphale ou ses enveloppes, qui peuvent donner lieu à la manie, à l'épilepsie, et quelquefois à l'apoplexie, par leur aggravation brusque. 12.° Cette aggravation rapide qui détermine l'apoplexie, est le plus souvent le résultat d'une excitation de l'estomac répétée au cerveau ; c'est pour cela qu'elle s'opère souvent pendant un repas, après une indigestion, un excès de boissons alcoholiques, pendant l'action d'un émétique, etc. 13.° L'épanchement sanguin peut quelquefois en être le résultat ; mais son existence n'est qu'éventuelle et il ne forme pas l'essence de la maladie. 14.° Cet épanchement, quand il a lieu, s'opère sur le point où prédominait l'irritation ; parce que les vaisseaux de cette partie, sans cesse engorgés par le sang qui y afflue, sont dilatés, ramollis, et ont été par là plus disposés aux ruptures. 15.° S'il existe un ramollissement partiel du cerveau, le sang peut s'épancher dans ce point et déterminer des lésions qu'on a considérées si improprement comme produites par la seule hémorrhagie. 16.° Fort souvent, dans les gastrites chroniques, on rencontre des altérations évidentes du cerveau, qu'il ne faut pas considérer comme en étant indépendantes, mais qui sont le résultat de la transmission sympathique de l'irritation de l'estomac. 17.° Le traitement de l'apoplexie doit être tout antiphlogistique ; car la maladie est une irritation. 18.° Les émétiques, les purgatifs sont, dans un grand nombre de cas, funestes. Quand ils réussissent, c'est en produisant une révulsion ; mais il est rare de l'obtenir, et le plus ordinairement l'irritation, qui doit le produire, tourne au profit de la maladie qu'ils étaient destinés à combattre. 19.° Tâcher de procurer cette révulsion serait faire courir au malade de très-grands dangers, sans avoir beaucoup de chances de succès. Il est facile de concevoir, en effet, qu'une altération profonde du cerveau ou de ses membranes, ne peut pas

être guérie d'une manière rapide, et que le déplacement de l'irritation, qui la détermine, doit être très-difficile, surtout si les moyens qu'on emploie agissent sur une surface liée d'une manière aussi intime avec le cerveau que celle de la membrane muqueuse digestive. 20.° Toutes les substances, qui sont regardées comme propres à relever les forces, à donner du ton, à diminuer la stupeur, la prostration, etc., doivent être proscrites avec soin tant qu'il existe de l'irritation dans l'encéphale et dans l'estomac. 21.° Recourir aux excitans tels que l'électricité, la noix vomique, etc., pour combattre les paralysies consécutives aux apoplexies, c'est avoir de la nature de la maladie une idée tout-à-fait fausse, et vouloir plonger son malade dans le tombeau. Ces moyens ne peuvent en effet réparer les ravages qui existent dans le cerveau, tandis qu'ils sont de nature à les étendre et à les aggraver rapidement, comme on a pu s'en convaincre en lisant l'observation de Souchet. 22.° Dans les convalescences, l'estomac mérite une attention toute particulière; le praticien ne doit jamais oublier qu'une stimulation trop forte opérée sur sa muqueuse est capable de déterminer une récrudescence souvent mortelle. Le régime le plus léger, les boissons adoucissantes, l'observation exacte des préceptes hygiéniques, et l'éloignement des causes capables d'exciter l'estomac ou le cerveau, tels sont les moyens les plus propres à maintenir la guérison. 23.° L'emploi des moyens propres à calmer l'irritation cérébrale et gastrique qui existent ordinairement chez les sujets qui présentent des prodromes d'apoplexie, est le seul anti-apoplectique sur lequel on peut compter.

---

*Nouveaux Elémens de chirurgie et de médecine-opératoire; par* L. J. Bégin.

De toutes les branches de la médecine, la chirurgie est sans contredit celle dont les progrès ont été le plus nombreux. Chaque jour le domaine de cette science s'agrandit davantage; aussi les faits nouveaux qu'elle renferme faisaient sentir le besoin d'un ouvrage élémentaire, qui offrît un tableau tout à la fois court et complet de l'état actuel de cette partie importante de l'art de guérir. C'est le but que M. Bégin s'est proposé de remplir en publiant le traité que nous annonçons. La nature de cet ouvrage ne permet pas d'en faire une analyse détaillée, d'autant mieux que l'auteur s'est attaché lui-même à analyser chacune des parties qui composent son travail. Après avoir donné en peu de mots dans une courte préface son opinion sur les différens ouvrages de chirurgie que nous possédons, il expose des généralités sur les opérations et les pansemens, et présente des considérations pratiques qu'on lira avec intérêt, dans les chapitres où il traite de l'inflammation, de ses produits, et des moyens chirurgicaux qui y sont applicables. Il passe ensuite à la descrip-

tion des solutions de continuité. A cet exposé succède l'examen des maladies de chacun des organes qui composent les appareils de la digestion, de la génération, de la respiration, de la circulation, des sensations et de la locomotion. L'auteur a joint à cette histoire succincte de toutes les maladies chirurgicales, celle des opérations qui leur conviennent, et il a eu soin d'élaguer toutes les discussions relatives aux procédés opératoires, dont il n'a décrit avec détail que ceux qui sont sanctionnés par l'expérience.

On remarque en général beaucoup de clarté et de précision dans les descriptions des maladies et des opérations qu'elles réclament. Cependant on peut reprocher à l'auteur d'être quelquefois trop concis dans les détails de certains procédés, ce qui en rend l'exposé incomplet. Ainsi, par exemple, en parlant de celui de M. le professeur Béclard pour la cure des fistules du conduit de Sténon, M. Bégin se borne à dire que ce praticien fait dans le fond de la fistule deux piqûres qui traversent obliquement la joue, et qu'il fait pénétrer par ces ouvertures une anse de fil de plomb; mais on ne voit pas là que c'est à l'aide d'un trois-quarts très-fin que l'on fait ces deux routes artificielles: que c'est au moyen de sa canule qu'on peut faire pénétrer dans la bouche à travers l'épaisseur de la joue un fil de plomb très-flexible, et que c'est par une seconde ponction pratiquée de dedans en dehors, c'est-à-dire, par l'intérieur de la bouche, que la canule sert de second conducteur pour l'introduction de l'autre extrémité du fil de plomb: (nous avons donné la description de ce procédé dans le numéro d'octobre, p. 285). Scarpa, dans ses additions au traité de l'anévrysme, a tracé avec une grande exactitude la manière de lier les artères radiale et cubitale dans le tiers supérieur de l'avant-bras, ainsi que l'artère tibiale antérieure, un peu au-dessous du milieu de la jambe, et la tibiale postérieure dans le tiers supérieur de la jambe : or, nous pensons qu'il eût bien mieux valu exposer ces différens procédés, qu'on pratiquera toujours avec avantage, que de décrire ceux de M. Lisfranc pour en faire simplement ressortir les nombreux inconvéniens. Quant à la ligature du tronc brachio-céphalique, nous ajouterons qu'un malade, opéré en 1822 par M. Græffe, a vécu jusqu'au soixante-unième jour. En parlant des lésions de la colonne vertébrale, M. Bégin aurait dû rappeler que deux fois l'on a pratiqué la trépanation du rachis dans le cas de fracture des lames des vertèbres avec enfoncement. Quoiqu'il soit prudent d'attendre que l'expérience ait prononcé sur la valeur de cette opération, cependant les résultats qu'elle a offerts ne peuvent qu'encourager les praticiens à ne pas négliger ce moyen dans certains cas extrêmes. Il aurait dû faire aussi mention de l'extirpation complète de l'utérus que M. le docteur Santer a pratiquée avec succès en 1822, et dont il nie au contraire la possibilité. (Nous avons consigné cette observation dans ce Journal, t. 5, p. 613.) Enfin, en traitant des luxations du fémur, il dit que celle qui a lieu en arrière et en bas se convertit bientôt par l'action musculaire en luxation du

premier genre, c'est-à-dire, en haut et en dehors. Ce déplacement secondaire n'est pas plus prouvé que celui suivant lequel on admet au contraire que cette luxation s'opère consécutivement à celle en haut et en dehors. (*Voyez à ce sujet le tome III des Archives générales de médecine*, page 539 et suivantes. 1823.)

Malgré des omissions semblables à celles que nous venons de signaler en passant, l'ouvrage de M. Bégin n'en est pas moins un livre réellement classique, qui sera pour les élèves un excellent guide au lit des malades, et qui renferme en peu de mots « les principes fondamentaux d'une chirurgie vraîment rationnelle. » Nous terminerons en ajoutant que cet ouvrage sera toujours aussi consulté avec fruit par « l'homme qui sait déjà, par le praticien qui craint d'oublier, que ses travaux éloignent de l'étude, et qui aime à retrouver en quelques pages le sommaire de ce qu'il a appris, ainsi que les points les plus importans de la théorie et de la pratique d'un art dont l'exercice occupe tous ses instans. »

Ollivier (d'Angers.)

---

*Recherches chimiques sur les corps gras d'origine animale; par M. Chevreul; un vol. in-8.° de 484 pages; prix, 7 fr. Chez Levrault.*

M. Chevreul est un des chimistes qui ont le plus contribué aux progrès de la chimie organique, et qui s'est le plus livré à l'étude des corps gras. Dans l'ouvrage que nous allons examiner, il a consigné ses nombreuses recherches, ses découvertes et son opinion sur ces divers corps. Le premier livre offre un exposé des définitions qui lui ont paru nécessaires pour l'intelligence de sa théorie, ainsi qu'un exposé détaillé du procédé au moyen duquel il a déterminé la proportion des élémens des corps gras, en les brûlant par l'oxyde brun de cuivre. Le second comprend la description de toutes les espèces de corps gras d'origine animale qu'il a examinés; le troisième, la préparation des espèces de corps gras; ce qui renferme celle des graisses de l'homme, de bœuf, de mouton, de porc, etc., le beurre, l'huile de dauphin, etc., leur saponification et l'analyse des produits de cette saponification. Dans le quatrième livre, il a rangé les graisses animales qui sont formées de plusieurs principes immédiats, et du gras des cadavres. Le cinquième traite de la saponification considérée par rapport aux bases salifiables. Dans le sixième, l'auteur présente un résumé des propriétés principales que les corps gras lui ont présentées, et cherche ainsi à démontrer plusieurs des rapports qui existent entre ces corps et ceux qui sont connus depuis long-temps. Ces rapports tendent à prouver que de ces recherches découlent plusieurs conséquences importantes pour la chimie générale et pour quelques arts. Les résultats de toutes les expériences qui sont renfermées dans cet ouvrage, ont été présentés à l'Académie Royale des Sciences,

qui les a accueillis et adoptés avec tout l'empressement et tout l'intérêt qu'inspirent les nombreux travaux d'un chimiste aussi modeste qu'habile.

JULIA FONTENELLE.

---

*Considérations générales sur l'analyse organique et sur ses applications ; par M.* CHEVREUL ; *un vol. in-8.° de* 366 *pages. Chez Levrault.*

Après avoir démontré dans ses divers mémoires que la chimie végétale et animale est fondée sur la détermination des principes immédiats qui constituent les végétaux et les animaux, M. Chevreul s'est attaché à trouver une méthode propre à déterminer les espèces organiques. Déjà, dans son ouvrage sur les corps gras d'origine animale, il avait exposé les préceptes qu'il faut observer pour atteindre ce but ; mais la spécialité de ces recherches ne lui ayant pas permis de leur donner tous les développemens nécessaires, il a cru devoir réunir toutes les considérations générales qui s'y rattachent, en un nouvel ouvrage qui n'est à proprement parler que le complément du premier. Cet ouvrage est divisé en deux parties ; dans la première il considère l'analyse chimique immédiate en elle-même ; il définit l'espèce prise dans les principes immédiats et dans les combinaisons qu'ils forment ; il expose les propriétés que ces principes présentent en général ; il essaie de faire connaître l'action des réactifs employés pour isoler les espèces l'une de l'autre, ainsi que les circonstances principales qui modifient l'action de ces réactifs ; il expose la marche qu'il faut suivre pour rechercher les espèces organiques qui constituent une matière qu'on veut analyser, ainsi que les moyens qu'il a proposés pour reconnaître les substances organiques qu'il cherche à classer d'après leurs caractères généraux et particuliers, en genres, familles et ordres. La seconde partie est consacrée à des applications de l'analyse organique immédiate à la chimie végétale, à la chimie animale, aux arts et à plusieurs branches de connaissances qui se rattachent à l'histoire des êtres organisés. C'est ainsi qu'en évitant toute vue spéculative, il fait mieux sentir l'utilité de l'application de la chimie à la physiologie et à la médecine, tout en reconnaissant que nous ne sommes pas encore assez riches de faits et d'observatioas pour appliquer la chimie organique à des questions générales de physiologie et de médecine. Rien n'a plus contribué, en effet, à éloigner d'excellens esprits des applications de la chimie à ces sciences, que l'abus qu'on en a fait en traitant prématurément des sujets qui auraient exigé, dans la chimie qu'on y a appliquée, une précision qu'elle est bien loin d'avoir acquise encore, et dans ceux qui s'y sont livrés, des connaissances plus étendues. Nous ne craignons pas d'être démentis en disant que M. Chevreul, par la nature de ses travaux et de ses découvertes, était plus propre que tout autre à entrer dans cette intéressante carrière ; cependant il n'a pas cru devoir se laisser entraîner par des applications qui ne reposent

la plupart que sur des hypothèses plus ou moins ingénieuses. Nous regardons la sage réflexion de ce chimiste sur ce sujet, comme un excellent conseil à suivre et comme une nouvelle preuve de la solidité de son jugement. Son ouvrage offre l'ensemble de ses nombreuses recherches ; il a pour base des expériences dont l'exactitude est constatée ; il n'a pas besoin d'être loué.

JULIA FONTENELLE.

---

*Mélanges de chirurgie étrangère ; par une société de chirurgiens de Genève, composée de MM.* J. P. MAUNOIR, C. F. MAUNOIR, *professeurs ;* T. MAYOR, C. PESCHIER, J. C. MORIN, J. P. DUPIN, F. OLIVET, *docteurs en chirurgie. Chez Paschoud, imprimeur-libraire, rue de Seine, N.° 48.*

Placés au centre de l'Europe, dans une ville où les voyageurs de toutes les nations abondent, ces habiles praticiens ont formé le projet de faire passer dans la langue française les ouvrages les plus remarquables publiés en Angleterre, en Allemagne, en Italie, etc., sur la chirurgie. Sortis presque tous de l'Ecole de Paris, et livrés spécialement à la pratique de la chirurgie, qui pourrait mieux juger de ce qui est digne de fixer l'attention des chirurgiens français ? Leurs rapports avec la plupart des savans étrangers donnent l'assurance que les mémoires curieux, inédits ou déjà publiés, ne leur manqueront pas pour alimenter une entreprise qui paraît de la plus grande importance, et qui ne peut manquer de réussir en France où l'étude de la chirurgie compte de si nombreux sectateurs. Les noms de Scarpa, Vacca, Astley-Cowper, Birt, Wardrop, Tood, Sauter, etc., qui se trouvent dans le premier volume, sont les garans de son succès. Dans les prochains numéros, les traducteurs se proposent de grouper les différens travaux se rapportant au même sujet. C'est ainsi que l'on verra paraître successivement tout ce que la chirurgie étrangère possède de curieux sur les maladies des yeux, les affections des os, le cancer, etc.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

# MÉMOIRES

ET

# OBSERVATIONS.

*Des différens aspects que présente, dans l'état sain, la membrane muqueuse gastro-intestinale; mémoire posthume du docteur* Rousseau, *chirurgien aidé-major à l'hôpital militaire d'instruction de Lille.* (II.e et dernier article.)

§. V. Il ne suffit pas de nier une assertion et d'en substituer une autre pour prouver la fausseté de la première; il nous faut déterminer, d'après des observations précises, les différens aspects que présente, dans l'état sain, la membrane muqueuse gastro-intestinale.

On a dit, et avec raison, que pour établir un point quelconque de la science de l'homme sur des bases certaines, il faut que la vérité du fait avancé soit démontrée par des observations exactes, par les résultats de l'anatomie comparative des divers âges, par des expériences sur les animaux, par des recherches d'anatomie comparée ou de zoologie, et par les résultats de l'anatomie pathologique. C'est en soumettant à toutes ces conditions l'assertion que nous venons d'émettre sur la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain, que nous espérons en démontrer la vérité.

A. Les occasions d'observer sur les cadavres humains les viscères abdominaux dans un état d'intégrité parfaite,

sont très-rares : d'une part, parce que l'on ne meurt presque jamais de l'affection d'un organe quelconque, sans que le conduit gastro-intestinal ne soit aussi affecté par suite des liaisons sympathiques qui l'unissent avec l'organe dont la lésion principale a déterminé la mort ; et, de l'autre, parce que chez ceux qui meurent subitement par suite de lésions extérieures, on trouve très-souvent, sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, des altérations morbides produites par des affections dont l'individu ne s'était pas plaint pendant la vie : aussi n'avons-nous pu recueillir jusqu'à ce jour qu'un très-petit nombre d'observations d'individus chez lesquels nous avons trouvé, après la mort, la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain.

Le 15 juillet 1821, on apporta à l'amphithéâtre de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, les cadavres des nommés Maret, âgé de 42 ans, et Duriez, âgé de 55 ans, tous deux décapités sur la place de Lille comme faux-monnoyeurs.

I.re *Obs.* — L'ouverture du cadavre de Maret fut faite une demi-heure après l'exécution. La membrane muqueuse du conduit digestif, examinée depuis le pharynx jusqu'à l'anus, était par-tout d'une couleur *blanche*, avec des nuances légères dans cette couleur même. Ainsi elle était blanche et lisse dans l'œsophage ; elle était blanchâtre dans la portion splénique de l'estomac et dans le corps de ce viscère ; elle était blanche dans sa portion pylorique. Cette couleur blanche se continuait dans tout l'intestin grêle, et devenait un peu plus pâle dans le gros intestin, excepté à la fin du rectum : là, la membrane muqueuse était d'une couleur blanche légèrement rosée.

II.e *Obs.*—L'ouverture du cadavre de Duriez fut faite trois heures après l'exécution. Lorsque nous examinâmes la membrane muqueuse de l'estomac, sa surface nous parut d'une couleur rouge lie-de-vin, et comme mar-

brée ; déjà quelques-uns des assistans s'écriaient que la membrane muqueuse gastrique était rouge. Mais après quelques lotions aqueuses, la rougeur de la surface interne de l'estomac, qui dépendait de la matière colorante du vin dont ce viscère était encore rempli, disparut entièrement et fit place à une couleur blanche très-manifeste. Examinée avec soin dans toute son étendue, la membrane muqueuse gastro-instestinale était partout d'une couleur blanche, et nous a offert les mêmes nuances que nous avions observées sur le cadavre de Maret.

III.e *Obs.* — Durieux (Jean-Baptiste), âgé de 39 ans, fut décapité à Lille le 20 mars 1822, pour crime d'assassinat. L'ouverture du cadavre fut faite vingt-cinq minutes après l'exécution. Nous examinâmes avec la plus grande attention la membrane muqueuse gastro-intestinale, et nous lui trouvâmes un aspect absolument semblable à celui que nous avions remarqué sur les cadavres de Maret et de Duriez.

Il n'est pas étonnant, dira-t-on, que chez les suppliciés par la guillotine, *les membranes muqueuses soient pâles et décolorées*, puisque, par le fait même du genre du supplice, ces individus éprouvent une hémorrhagie très-abondante. Je ne parlerais point de cette objection, si elle ne m'avait pas été faite très-sérieusement ; mais on peut facilement la détruire.

D'abord, si la décoloration des membranes muqueuses était la suite de l'anémie, tous les tissus devraient être également décolorés. Le système musculaire ne nous a pas paru moins rouge sur le cadavre des suppliciés que sur le cadavre d'individus morts accidentellement par suite de lésions extérieures ; ensuite, 1.º on a trouvé plusieurs fois la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins rouge chez des individus morts d'hémorrhagie ; 2.º M. le professeur Béclard a observé des taches rouges sur la membrane muqueuse de l'estomac, chez la plupart

des suppliciés, quand il a examiné les cadavres. Nous mêmes, nous n'avons pas trouvé constamment la membrane muqueuse gastro-intestinale parfaitement blanche sur tous les cadavres des suppliciés dont nous avons fait l'ouverture. Nous en rapporterons ci-après des exemples.

Or, il est évident que si la couleur blanche des surfaces muqueuses n'était pas la couleur qui les caractérise dans l'état sain, si elle était l'effet d'une hémorrhagie abondante, cette couleur blanche devrait se rencontrer sur les cadavres de tous les guillotinés; ce qui n'est pas. D'un autre côté, les faits suivans vont prouver que l'on rencontre également la membrane muqueuse gastro-intestinale d'une couleur blanche sur les cadavres d'individus morts accidentellement sans hémorrhagie abondante, et même sans avoir perdu une seule goutte de sang.

IV.^e^ *Obs.* — Langlois (Jean-Baptiste), âgé de 19 à 20 ans, tambour au 17.^e^ régiment d'infanterie de ligne, fut fusillé à Lille au mois d'avril 1822. Ce malheureux ne fut point tué à la première décharge; il s'écoula deux ou trois minutes entre celle-ci et une seconde. Il reçut plusieurs balles dans la tête et dans différens points du thorax : l'hémorrhagie ne fut pas très-abondante. La nécroscopie fut faite vingt-quatre heures après l'exécution. La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin était blanche, avec les nuances de blancheur indiquées ci-dessus. La membrane muqueuse de l'estomac présentait la même couleur dans toute son étendue, excepté vers un point de l'extrémité splénique où la paroi de l'estomac était perforée de part en part avec perte de substance, et présentait une ouverture ronde de 15 à 16 millimètres de diamètre; les bords de la perforation étaient inégaux, et à sa circonférence existait une auréole sanguine très-prononcée de 7 à 8 millimètres de largeur. On se rend facilement raison de la perforation de l'estomac et de l'auréole sanguine qui l'entourait. Une balle avait

pénétré dans l'abdomen et avait perforé l'estomac. L'irritation déterminée par la blessure avait produit l'auréole sanguine : les tissus capillaires sont en effet les dernières parties de l'organisme que la vie abandonne, et le phénomène dont nous parlons avait son siège dans ces tissus ; les veines voisines n'étaient pas plus volumineuses que dans l'état ordinaire. Une autre circonstance rend notre explication plus probable encore : il est très-possible que la perforation de l'estomac ait été produite à la première décharge ; alors il s'est passé entre celle-ci et la seconde un intervalle de temps assez considérable pour que, par l'effet même de la vie, l'auréole sanguine ait pu facilement se former autour de la perforation.

*Obs.* V. — Bidat (Jean-Samuel), âgé de 24 ans, soldat au 15.e régiment d'infanterie légère, fut fusillé à Lille le 11 octobre 1823 à six heures du matin. A la première décharge il tomba sur le côté ; il respirait encore ; on fut obligé de l'achever en lui tirant sur le crâne un coup de fusil à bout portant. Son cadavre fut apporté à l'hôpital militaire de Lille. Nous en fîmes l'ouverture à dix heures du matin, quatre heures après l'exécution.

Bidat était d'un tempérament sanguin et d'une constitution athlétique. Nous nous assurâmes que depuis l'heure de l'exécution jusqu'à celle de la nécroscopie, le cadavre n'avait pas perdu une livre de sang. L'intérieur du crâne et du thorax nous offrit des lésions remarquables que nous passerons sous silence pour ne nous occuper que de l'état de l'abdomen.

Le péritoine, le foie, la rate, le pancréas, étaient parfaitement sains ; la membrane muqueuse digestive, examinée depuis la bouche jusqu'à l'anus, était d'une couleur blanche très-légèrement rosée, et offrait dans son trajet les diverses nuances de cette couleur primitive que nous avons indiquée plusieurs fois. L'estomac contenait dans sa cavité quelques matières alimentaires à-demi

chymifiées et exhalant une odeur très-prononcée d'alcohol. L'intestin grêle en contenait aussi; et les ganglions mésentériques laissaient suinter, lorsqu'on les coupait, un liquide blanchâtre auquel nous trouvâmes tous les caractères du chyle. La membrane muqueuse de la vessie était d'un blanc très-légèrement rosé et parfaitement saine. Je fis macérer pendant 48 heures, dans de l'eau froide, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, une portion de l'intestin grêle et une portion du gros intestin. Ces organes conservèrent leur couleur blanche, mais celle-ci devint un peu plus pâle; c'est, comme nous l'avons dit, l'effet ordinaire de la macération sur la membrane muqueuse intestinale.

*Obs.* VI. — L'observation suivante nous fera voir qu'on rencontre aussi la membrane muqueuse de l'estomac parfaitement blanche chez des individus morts accidentellement *sans qu'il y ait eu une seule goutte de sang épanchée hors du corps.* Je l'extrais du Journal universel des Sciences médicales, octobre 1822.

» Marie G..., âgé de 39 ans, ayant la peau brune, le teint basané, la poitrine et les autres parties du corps abondamment couvertes de poils, mais toutefois ne présentant que des membres grêles, en un mot, d'une faible complexion, menuisier parquetier de son état, après avoir bu plus que de raison durant toute la journée du lundi 30 septembre 1822, était allé se reposer le soir chez un de ses camarades, logé à un deuxième étage. Ils se quittèrent vers sept heures. Une demi-heure après, la femme de l'ami de G..., épouvantée, en rentrant chez elle, de voir au bas de l'escalier un homme qu'elle croyait endormi, jeta des cris, et bientôt son mari et d'autres personnes accoururent et trouvèrent le malheureux G... renversé sur la deuxième marche de l'escalier et soutenant sa tête dans une main; ils le mirent sur son séant pendant quelques minutes; mais on ne tarda pas à

le remonter dans l'appartement du deuxième étage, où il fut couché sur un matelas et abrité d'une couverture : c'est dans cette situation que l'ont trouvé le lendemain, 1.er octobre, MM. Regnault et Heller chargés d'examiner le cadavre.

Des différens faits fournis par la nécroscopie, les médecins experts ont conclu que «G... était mort par l'effet d'un épanchement sanguin très-considérable, déterminé par la rupture du grand lobe du foie, et par la déchirure des muscles diaphragme, grand dorsal et intercostaux internes et externes du côté droit, précisement à l'endroit correspondant à l'intervalle de la cinquième à la sixième côte sternales. » G... paraît avoir survecu plus d'une heure à son accident. J'omets les différens détails de l'ouverture du cadavre, faits d'ailleurs avec beaucoup de soin, pour m'arrêter seulement sur le passage suivant, qui a trait à mon sujet : « L'estomac était aux deux tiers rempli d'alimens déjà convertis en chyme, exhalant fortement l'odeur d'alcohol. La couleur de ce chyme indiquait la présence d'une grande quantité de vin. *La membrane muqueuse du ventricule, parfaitement blanche, manifestait l'état naturel de cet organe.* Les intestins étaient *un peu rougeâtres* ; dans les grêles, il y avait peu de matières alimentaires, et dans les gros, beaucoup de matières stercorales (1). »

(1) La même observation a été consignée par M. Heller, dans les *Bulletins de la Société médicale d'Emulation de Paris*, décembre 1822, page 501. Elle s'y trouve rapportée avec quelques circonstances différentes de celles mentionnées dans la rédaction du *Journal universel* ; mais la circonstance principale pour nous est presqu'absolument semblable dans les deux narrations. Voici ce que dit M. Heller : « L'estomac nous a paru » être sain ; *sa membrane muqueuse était parfaitement blanche* ; les in- » testins grêles contenaient peu de matières alimentaires, et étaient *rou-* » *geâtres*. Le gros intestin renfermait beaucoup de matières alvines. » Il est à regretter que les auteurs des deux narrations que je viens de citer, n'aient point indiqué si c'était à l'extérieur ou à l'intérieur que les intes-

Ces six observations nous paraissent prouver d'une manière évidente que la couleur blanche est celle que présente la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain, chez l'homme adulte. Voyons à présent si cette assertion sera également confirmée par les autres conditions auxquelles nous nous sommes engagés à la soumettre.

B. On sait que l'embryon se forme tout entier sur les membranes tégumentaires. La membrane vitellaire est la première partie apparente dans l'œuf; c'est par son prolongement vers l'estomac et vers l'anus que se forme l'intestin.

Le développement du système muqueux est surtout très-précoce dans l'appareil gastrique. Dans le fœtus et dans l'enfant, en promenant la main sur la surface muqueuse gastro-intestinale, on y sent un velouté extrêmement délicat; cette membrane conserve long-temps sa mollesse primitive : ce n'est que dans les années qui suivent l'adolescence que le système muqueux commence à s'épaissir et à devenir plus ferme. Dans le vieillard il prend plus de consistance et de densité; promenés dessus, les doigts n'y sentent plus cette mollesse, ce velouté, si remarquables dans le premier âge. La couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale n'est pas tout-à-fait aussi intense dans le fœtus et dans l'enfant que chez l'adulte. Elle devient aussi de plus en plus pâle à mesure que l'on s'approche de la vieillesse; mais à ces deux époques opposées de la vie, la teinte primitive de cette membrane est toujours une couleur blanche très-légèrement rosée. J'ai examiné avec attention des portions de

tins étaient rougeâtres; mais il est très-probable, d'après ce qu'ont dit Laurentius, Bartholin, Winslow, et ce que beaucoup d'anatomistes ont répété après eux, que c'est de la rougeur de la surface externe des intestins qu'il est ici question.

membrane muqueuse gastro-intestinale saine, à toutes les époques de la vie, et j'ai toujours remarqué que la couleur fondamentale de cette membrane est la couleur blanche. L'exposition au contact de l'air, les lotions aqueuses répétées, la macération, la décoction, etc., y déterminent des phénomènes analogues à ceux que nous a présentés chez l'adulte la membrane muqueuse gastro-intestinale saine soumise à ces mêmes agens.

C. L'anatomie comparée nous prouvera également que la couleur primitive et fondamentale de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain est la couleur blanche. Il suffit, en effet, d'examiner le canal intestinal des animaux que l'on immole journellement dans les boucheries pour s'assurer de ce fait. J'ai eu occasion d'étudier la membrane muqueuse sur des bœufs, des moutons, des chevaux, etc., morts subitement de maladies autres que celles du bas-ventre, et durant lesquelles ces animaux n'avaient point été saignés, et la membrane muqueuse gastro-intestinale m'a offert également une couleur blanche. Cette couleur était aussi la même sur la membrane muqueuse gastro-intestinale des chats, des chiens et d'autres animaux que j'ai disséqués.

Si l'on consulte les auteurs d'anatomie comparée, l'ouvrage de M. Cuvier, par exemple, (*Leçons d'Anatomie comparée*, tom. 3, Paris, 1805), on verra, de même que, dans tous les animaux, les poissons, les oiseaux, les mammifères, la couleur fondamentale de la membrane muqueuse gastro-intestinale est la couleur blanche, avec quelques muances légères dans cette même couleur. Chez les uns, la membrane muqueuse gastrique est *blanchâtre*, veloutée, avec ou sans rides; chez d'autres, elle est lisse, d'un *blanc argenté*, avec des plis irréguliers; chez quelques autres, elle est d'un *blanc tendineux*. Dans les animaux dont l'estomac est biloculaire, elle est quelquefois d'un blanc jaunâtre dans une cavité, et blanche et lisse

dans l'autre. Dans les ruminans, l'aspect de la membrane muqueuse varie dans chacun des estomacs; mais toujours sa couleur fondamentale est la couleur blanche. La membrane muqueuse qui tapisse l'intestin a également, dans les animaux, une couleur blanche. Quelquefois les villosités de la membrane sont colorées en jaune ou en vert sur différens points de son étendue; mais cette couleur jaune ou verte disparaît facilement par de simples lotions aqueuses, lorsque toutefois la membrane est dans l'état sain.

Il résulte de cet exposé rapide que, dans les animaux comme dans l'homme, la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale, après la mort, est la couleur blanche. Si cette couleur primitive, fondamentale, éprouve quelques nuances ou modifications dans les différens animaux, et chez un même animal, dans les divers points de son canal digestif, ces nuances ou modifications ne s'élèvent jamais jusqu'à la couleur rouge.

Dans l'homme, comme dans les animaux, les membranes muqueuses ont, pendant la vie, une couleur rouge ou rougeâtre : cette couleur est générale, uniformément répandue, avec quelques nuances d'intensité relative à la texture de l'organe que l'on examine et à la distribution particulière des vaisseaux dans le parenchyme de cet organe. Cette couleur rouge doit donc aussi disparaître généralement après la mort, et laisser après elle une couleur blanche, avec des nuances analogues à celles que la couleur rouge présente pendant *la vie*.

D. Les résultats fournis par l'anatomie pathologique nous démontreront aussi que la couleur naturelle de la membrane muqueuse gastro-intestinale est la couleur blanche. Dans les inflammations du canal intestinal, aigües ou chroniques; dans les gastrites, dans les entérites, dans les diverses affections du tube digestif, jamais la membrane muqueuse ne présente une couleur blanche dans les parties altérées; elle est alors rouge, rougeâtre, noi-

râtre , marbrée ; mais ces couleurs variées sont réellement des résultats de l'affection de la membrane muqueuse. Leur examen particulier n'appartient pas au sujet que nous traitons maintenant.

§. VI. Puisque la couleur de la membrane muqueuse gastro-intestinale, dans l'état sain, est la couleur blanche, il résulte de ce fait que toutes les fois que l'on ne rencontre pas cette couleur blanche la membrane muqueuse n'est point dans l'état naturel. Les anatomistes n'ont pas fait assez attention à ces taches brunâtres ou noirâtres, de forme et d'étendue variables, que l'on rencontre quelquefois sur la tunique interne de l'estomac ou des intestins; quelques-uns cependant ont donné de leur formation une explication tout-à-fait mécanique ; d'autres ont, en quelque sorte, regardé certaines rougeurs intestinales comme étant compatibles avec la santé la plus parfaite ; et ils ont conclu qu'on ne doit y attacher aucune importance lorsqu'on les rencontre dans les cadavres.

A. Nous avons dit plus haut qu'Habicot, et après lui plusieurs autres anatomistes avaient recommandé de bien prendre garde, dans l'ouverture des cadavres des personnes que l'on soupçonne d'avoir été empoisonnées, de ne pas s'en laisser imposer par une couleur *pourpre obscur* que la tunique interne de l'estomac présente souvent dans *son état naturel*, et qui ne dépend, suivant ces anatomistes, que des vaisseaux sanguins qui s'y ramifient. La plus simple réflexion suffit pour démontrer que cette couleur pourpre obscur de la membrane muqueuse de l'estomac n'est point compatible avec *l'état naturel* de cet organe ; car s'il en était ainsi, on devrait toujours la rencontrer lorsque la membrane muqueuse gastrique est parfaitement saine; jamais au contraire on ne la rencontre dans l'état sain. Si cette couleur pourpre obscur dépend des vaisseaux sanguins qui se ramifient dans la tunique muqueuse, pourquoi ces vaisseaux ne sont-ils pas

aussi apparens chez tous les individus placés dans les mêmes circonstances? Pourquoi, au contraire, ne sont-ils développés de la sorte que lorsque l'estomac est atteint d'une violente inflammation? La réponse est facile : c'est parce que l'inflammation a amené le développement des vaisseaux sanguins dans la partie qui en est le siège.

B. Suivant M. Marjolin ( ouvrage cité, page 387 ), la membrane muqueuse de l'estomac présente chez quelques sujets des *taches brunâtres ou noirâtres, sans qu'il y ait d'ailleurs aucune altération dans son tissu.* Il est à regretter que M. Marjolin n'ait point recherché les causes de la formation de ces taches, mais d'autres après lui ont réparé cette omission. On a attribué ces taches rougeâtres de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins à une stase sanguine produite par un obstacle à la circulation. On a dit qu'on les rencontre chez les individus qui meurent de maladies du cœur, dans la plupart des cas où la respiration est gênée avant la mort. On pense qu'elles sont produites par le même mécanisme que la couleur rouge violette de la face et de la pulpe des doigts chez les anévrysmatiques.

Remarquons d'abord qu'il n'est pas très-rationnel de comparer, quant au mécanisme de leur formation, les taches que l'on rencontre dans l'estomac des anévrysmatiques avec la rougeur livide de la face de ces mêmes individus; car la rougeur de la face se rencontre presque constamment chez les malades atteints d'un obstacle quelconque à la circulation. C'est toujours la face et les mêmes parties de la face qui sont le siège de cette couleur violette; elle est surtout très-remarquable et très-foncée pendant la vie; elle diminue très-souvent après la mort, et disparait, en quelque sorte, lorsque les propriétés vitales abandonnent les tissus capillaires. Il n'en est pas de même des taches que l'on rencontre quelquefois sur la tunique interne de l'estomac des anévrysmatiques. Elles ne

sont point constantes; elles n'ont point chez deux sujets ni la même situation, ni la même étendue, ni la même couleur : d'après cela, il est évident pour nous qu'elles ne dépendent nullement *de la stase mécanique du sang, produite par la pesanteur, qui reprend tout son empire au moment de la mort.* Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait 1°. que ces taches rouges existassent toujours dans les mêmes points chez les individus morts dans la même position, et c'est ce qui n'a point lieu ; rien n'est moins fixe que le siège de ces rougeurs ; elles n'occupent pas les parties les plus déclives de l'estomac et des intestins. 2°. La membrane muqueuse gastro-intestinale devrait offrir alors, non quelques taches isolées et circonscrites, mais une rougeur généralement et uniformément répandue sur toute sa surface. 3°. D'ailleurs, comme l'a remarqué judicieusement M. Broussais, l'hypertrophie du cœur et les lésions consécutives qu'elle entraîne avec elle sont des causes possibles d'inflammation sympathique de l'estomac. Cette inflammation peut très-souvent être déterminée par l'emploi des remèdes toniques et excitans dont on se sert généralement pour combattre les effets de l'anévrysme. 4°. Enfin, si ces taches de l'estomac étaient produites par la stase mécanique du sang, chez ceux qui meurent avec un obstacle à la circulation, on devrait les rencontrer chez tous les anévrysmatiques; or cela n'est pas. Un grand nombre d'entre eux nous a présenté après la mort la membrane muqueuse gastrique parfaitement saine et blanche dans toute son étendue; nous l'avons surtout rencontrée dans cet état lorsqu'on s'était empressé de combattre convenablement l'irritation gastrique concomitante, et lorsqu'on s'était gardé d'employer les moyens excitans propres à la produire.

D'autres fois la membrane muqueuse de l'estomac était rouge et présentait les autres caractères de l'inflammation ; mais le plus souvent la rougeur n'était point dissé-

minée par plaques; elle occupait une étendue considérable, telle que toute la surface interne de l'estomac, une portion de cette surface et quelques autres parties de l'intestin; et ce qui prouve bien que cette rougeur n'était point l'effet d'une stase sanguine, c'est qu'à côté d'elle se trouvaient des portions de membrane muqueuse parfaitement saine et très-blanche. Je ne rapporterai pas d'observations particulières à l'appui de ce que je viens de dire; cela ne ferait que grossir inutilement ce mémoire. Je me contenterai de renvoyer aux auteurs qui ont traité des maladies du cœur: on y verra que chez les anévrysmatiques, et chez ceux qui meurent avec un très-grand trouble de la circulation, comme lorsqu'il y a communication entre les deux côtés du cœur par la persistance du trou de Botal, ou par l'existence d'une perforation de la cloison inter-ventriculaire, on verra, dis-je, que l'on ne rencontre pas constamment des taches rougeâtres ou noirâtres sur la membrane muqueuse gastro-intestinale; que le plus ordinairement cette couleur rouge occupe une étendue et acquiert une intensité relative à l'intensité et au degré de la phlegmasie gastro-intestinale.

Dans quelques cas cependant, on observe sur la membrane muqueuse gastro-intestinale des anévrysmatiques une couleur rouge violette plus ou moins foncée, que l'on peut expliquer par la stase mécanique du sang; mais alors cette rougeur occupe toute l'étendue de la membrane muqueuse; elle offre dans son intensité des variétés dépendantes de la texture de la portion de membrane que l'on examine; elle diminue, s'efface et disparaît par la distension du canal intestinal; les veines sous-muqueuses sont dilatées; tout le système de la veine-porte est gorgé de sang; c'est une véritable congestion *à tergo*, arrivée peu de temps avant la mort. Très-souvent, à travers cette rougeur générale se dessinent des portions d'une intensité plus marquée: si on les examine avec soin, on s'aper-

çoit bientôt que la membrane muqueuse est altérée dans sa texture, et que cette altération existait long-temps avant la formation de la rougeur générale de la membrane.

Il résulte de ce que nous venons de dire, 1.° que lorsqu'il y a congestion sanguine vess l'abdomen des individus qui meurent avec un obstacle à la circulation, lorsque cette congestion est produite par une stase sanguine, la rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale est générale et non circonscrite; 2.° mais que cette congestion est très-rare, et que le plus souvent la membrane muqueuse gastro-intestinale ne présente de la rougeur que sur quelques portions de sa surface, et qu'il n'y a rien de mécanique dans sa formation. Il faut nécessairement admettre que le sang qui la forme a été appelé pendant la vie dans le tissu de la membrane, qu'il s'y est arrêté lorsque la mort est venu suspendre toute circulation; en un mot, que ces taches rouges sont les traces irrécusables d'une irritation sanguine.

C. Pour diminuer l'importance des rougeurs de la membrane muqueuse gastro-intestinale, on a dit qu'on les a trouvées sur les cadavres d'individus morts *accidentellement*; on a dit que M. Lerminier les a vues chez un maçon tué en tombant d'un toît; que M. Magendie les a fréquemment rencontrées dans l'estomac des chiens soumis à ses expériences; et que M. Béclard les a observées chez la plupart des suppliciés dont il a examiné les cadavres. Discutons la valeur de ces objections.

1.° L'observation de M. Lerminier est un fait isolé; et, comme on ignore les circonstances qui ont précédé la chute, on n'en peut tirer aucune conséquence. D'ailleurs, l'observation sixième, citée plus haut, nous offre l'exemple d'un individu mort en tombant d'un second étage, et chez lequel la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement blanche.

2.° On ne rencontre que très-rarement des taches rouges sur l'estomac des chiens et autres animaux sujets de nos expériences. Un grand nombre d'expérimentateurs l'affirmeront, et lorsqu'on en remarque, elles ne sont, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, ni naturelles à la membrane, ni l'effet d'une stase mécanique du sang.

3.° M. Béclard a observé les taches rouges dont nous parlons, sur *la plupart* et non *sur tous* les suppliciés dont il a examiné les cadavres. Les cinq premières observations que nous avons rapportées prouvent d'une manière évidente qu'elles ne se rencontrent pas chez tous les suppliciés. Donc ces rougeurs ne sont pas constantes et n'appartiennent pas à l'état sain de la membrane; elles sont bien certainement produites par une irritation morbide.

En effet, les malheureux condamnés au supplice peuvent être atteints depuis long-temps d'affections chroniques de l'estomac et des intestins: les uns, pour s'étourdir sur le sort affreux qui les attend, se livrent par fois, plusieurs jours avant leur mort, à des excès dans le boire et le manger; d'autres, au contraire, dévorés de chagrins et de remords, sont en proie, depuis leur mise en jugement, aux passions les plus douloureuses. Or, toute affection morale triste influe particulièrement sur l'irritabilité de l'estomac, comme le démontrent la perte de l'appétit, la soif et la sensation pénible que l'on éprouve alors à la région épigastrique. Toute douleur physique un peu vive détermine sympathiquement la souffrance de l'estomac; « souffrance qui, pour être sympathique, n'en est pas moins réelle, et n'en est pas moins accompagnée d'un appel de sang plus considérable dans la partie. » Il est donc tout naturel que l'on trouve quelquefois des rougeurs, des congestions sanguines, et même de véritables inflammations, chez les animaux que l'on torture et chez les suppliciés.

Les deux observations suivantes nous montreront qu'ef-

fectivement la membrane muqueuse gastro-intestinale peut présenter quelques rougeurs sur les cadavres d'individus morts accidentellement; mais loin d'infirmer l'assertion que nous avons émise sur la couleur naturelle de cette membrane, elles ne feront au contraire que la confirmer.

*Obs.* VII. — Le 27 août 1822, à dix heures du matin, nous fîmes l'ouverture du cadavre du nommé Butay (Urbain-Arnould), âgé de 21 ans, soldat au 34.e de ligne, alors en garnison à Lille. Ce militaire, nouvellement arrivé au régiment, s'était *brûlé la cervelle* d'un coup de pistolet, le 25 août à sept heures du soir : son chirurgien-major nous assura que depuis quelques jours il était triste et taciturne, et qu'il regrettait beaucoup de s'être enrôlé volontairement.

L'examen du cadavre nous démontra que *Butay* s'était tiré le coup de pistolet dans la bouche. L'explosion avait fait sauter le crâne, et avait produit une hémorrhagie très-abondante, en déterminant la lésion des troncs artériels de la base du crâne.

Nous passons sous silence les autres détails nécroscopiques pour ne nous occuper que de l'aspect de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

L'estomac était rempli de vin et de matières alimentaires mal chymifiées. Au premier coup-d'œil, la membrane muqueuse gastrique offrait une couleur rosée, plus foncée vers le bas-fond du viscère que dans les autres points de son étendue. Quelques lotions aqueuses ayant enlevé le mucus gastrique, et avec lui la partie colorante du vin qui y était adhérente, la couleur rosée que nous avions remarquée d'abord, diminua d'intensité; le bas fond resta cependant toujours d'une couleur rosée, *disséminée par petites plaques et par bandes*. (Nous dirons ci-après que cette rougeur, disséminée par plaques et par bandes, est un des caractères anatomiques de l'inflammation.) La

membrane muqueuse de la portion pylorique de l'estomac, celle qui tapisse l'intérieur du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin, *était blanche*, et offrait tous les autres caractères de la membrane muqueuse intestinale dans l'état sain.

*Réflexions.* — Cette observation ne prouve nullement que, dans l'état sain, la membrane muqueuse de l'estomac ne soit d'un *blanc rosé* uniformément répandu. Plusieurs raisons nous portent à penser que la rougeur de la membrane muqueuse gastrique, et celle plus prononcée du bas-fond de l'estomac, étaient l'effet d'une irritation congestive et inflammatoire. 1.° Butay, quoique d'une constitution robuste, et ne se plaignant actuellement d'aucune affection du bas-ventre, pouvait bien être atteint depuis quelque temps d'une irritation gastrique. 2.° Il était évidemment en proie à une affection morale triste, cause très-fréquente d'irritation gastrique. 3.° Après avoir bu et mangé plus que de raison, et cohabité avec sa maîtresse, il se brûla la cervelle dans la chambre même où il s'était livré à ses ébats amoureux. 4.° Il mourut sur le coup; la digestion était à peine commencée. Toutes ces causes réunies expliquent très-bien la rougeur de la membrane muqueuse gastrique. La couleur rosée de toute cette surface muqueuse, couleur qui a disparu par les lotions aqueuses, était l'effet d'une congestion sanguine; la rougeur du bas-fond de l'estomac, au contraire, laquelle a persisté malgré les lotions aqueuses, et qui de plus était circonscrite et disposée par *plaques* et par *bandes*, était très-probablement due à une *irritation gastrique* antérieure à la mort.

*Obs.* VIII. — Le 14 décembre 1822, à midi et demi, nous fîmes à l'hôpital militaire de Lille, l'ouverture du cadavre d'Auguste-Narcisse Cuinguet, âgé de 26 ans, condamné au supplice des parricides, et exécuté à midi. La nécroscopie fut faite à midi et demi. A l'ouverture

du thorax et de l'abdomen, on vit s'élever (probablement à cause de l'abaissement de la température), une vapeur halitueuse, séreuse et cellulaire. Toutes les parties du cadavre étaient remarquables par un embonpoint considérable. L'abdomen était volumineux, distendu par la masse intestinale recouverte d'une énorme quantité de graisse ; les épiploons, le mésentère, paraissaient entièrement formés par cette substance.

La surface extérieure des intestins grêles n'offrait rien de particulier; le jéjunum ne paraissait pas plus rouge que l'iléon. L'arc transverse du colon offrait en plusieurs points une couleur brunâtre due à l'accumulation, dans la cavité de cet intestin, de féces durcies, et dont la couleur se laissait apercevoir à travers les parois transparentes du colon.

La surface extérieure de l'estomac offrait, vers la partie antérieure et latérale gauche, un peu de rougeur due à l'injection de la tunique séreuse, mais dont l'intensité diminuait beaucoup quand on distendait cette paroi de l'estomac.

L'estomac contenait environ un demi-litre de vin, qui conservait encore sa matière colorante, et dégageait une odeur d'alcohol.

La surface intérieure de ce viscère offrait une couleur uniforme d'un *rose sale*, très-pâle ; et vers le bas-fond seulement, quatre petites taches rouges et de la largeur d'un millimètre environ. Ces taches ne devinrent sensibles qu'après plusieurs lotions aqueuses. Les lotions ne firent point disparaître la couleur rosée de la membrane muqueuse de l'estomac ; elle devint au contraire un peu plus intense. La blancheur de la membrane muqueuse de l'œsophage faisait encore ressortir davantage la rougeur de celle de l'estomac. La couleur de la membrane muqueuse de la portion pylorique de l'estomac était analogue à celle du reste de ce viscère. La couleur de la tu-

nique interne du duodénum avait un peu moins d'intensité. Cet intestin présentait aussi à la réunion de ses deux premières courbures, trois petites taches, chacune de la largeur d'un demi-millimètre, d'une couleur plus foncée, et remarquables par une espèce de relief formé autour d'elles par la membrane muqueuse épaissie. On apercevait aussi à travers les tuniques du duodénum, deux ou trois follicules muqueux plus développés que dans l'état sain. L'intestin grêle contenait huit vers lombricoïdes : sa membrane muqueuse, parfaitement saine, était d'une couleur blanche, légèrement rosée, répandue uniformément sur toute sa surface, et ne *présentant pas plus d'intensité dans le jéjunum que dans l'iléon.* Vers la fin de cet intestin, la membrane muqueuse était couverte d'un mucus jaunâtre, et avait elle-même cette couleur ; mais cette couleur jaunâtre disparut à la première lotion. La membrane muqueuse du cœcum, du colon et du rectum était blanche et parfaitement saine.

*Réflexions.* — La couleur de la membrane muqueuse de l'estomac dépendait-elle d'une simple congestion ou d'une inflammation ?

On peut répondre hardiment que cette couleur dépendait d'une simple congestion (1). En effet, 1.° la couleur rosée que nous avons observée était parfaitement uniforme dans tous les points de la surface muqueuse gastrique. 2.° L'estomac était rempli de vin et d'alcohol, qui, par leur présence, ont pu déterminer une irritation congestive. 3.° Il faut ensuite tenir compte de l'époque de la digestion de ces boissons, de l'état moral de l'individu, et de la douleur qu'il a dû éprouver lorsqu'on lui a coupé le poing, etc.

Nous avons dit plus haut que la couleur rosée de la

---

(1) Il faut cependant faire une exception pour les petites taches dont nous avons parlé, et qui dénotent une irritation plus ancienne.

membrane muqueuse de l'estomac de Cuinguet devint plus foncée sous l'action des lotions aqueuses répétées et sous le contact de l'air. Pour m'assurer de la réalité de cet effet de l'air sur la couleur des membranes muqueuses, je divisai l'estomac en deux portions (notez que la couleur rosée avait partout la même intensité.) Je fis macérer une portion dans l'eau froide, l'autre resta exposée à l'air. Le lendemain, 15 décembre, la portion d'estomac soumise à la macération était déjà moins rosée ; au contraire, celle qui était restée exposée au contact de l'air, était d'une couleur plus foncée. Cet effet du contact de l'air nous fut démontré d'une manière plus évidente encore par le fait suivant : une portion de la membrane muqueuse de l'œsophage, qui était parfaitement blanche au moment de l'ouverture du cadavre, fut aussi exposée au contact de l'air pendant le même espace de temps que la muqueuse gastrique ; elle devint aussi d'une couleur rosée. Je continuai à faire macérer la portion d'estomac, et après vingt-quatre heures de macération elle était devenue parfaitement blanche. On peut conclure de là, que, même dans les estomacs *simplement injectés*, la couleur de la membrane muqueuse exposée à l'air, frottée et lavée, augmente d'intensité, tandis qu'au contraire elle pâlit et devient entièrement blanche par la macération dans l'eau froide.

Je me suis assuré de ce fait par un grand nombre d'autres expériences, et j'ai toujours obtenu le même résultat. Cela est sur-tout manifeste pour la couleur rouge de la muqueuse bronchique. La promptitude avec laquelle la macération a fait disparaître la rougeur de l'estomac, est, dans le cas dont il s'agit ici, une nouvelle preuve que cette rougenr était l'effet d'une simple congestion sanguine.

*Conclusions.* — De tout ce qui a été dit ci-dessus, nous concluons :

1.° Que la couleur blanche légèrement rosée, est la couleur de la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état sain ;

2.° Que cette même couleur est aussi celle de la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans l'état sain ;

3.° Que la membrane muqueuse du jéjunum ne présente pas une couleur blanche rosée, plus intense que celle de la membrane muqueuse de l'iléon. Quand cela arrive, cela tient à un état morbide, et ce qui le prouve c'est que dans ce cas on rencontre très-fréquemment la membrane muqueuse de l'iléon plus rouge que celle du jéjunum ;

4.° Que la couleur blanche est aussi la couleur naturelle de la membrane muqueuse des gros intestins ;

5.° Que par conséquent la couleur blanche légèrement rosée est la couleur primitive fondamentale de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain ;

6.° Qu'enfin, la rougeur générale ou partielle, légère ou intense de la membrane muqueuse gastro-intestinale, n'est point la couleur naturelle de cette membrane, et qu'elle dépend ou d'une congestion sanguine, ou de l'inflammation ; que le siège, l'étendue et l'intensité si variables des rougeurs gastro-intestinales, dépendent de l'intensité, du siège et de l'étendue de l'inflammation.

---

*Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique ; par M.* Andral *fils.*

Les annales de la science ne possèdent encore que très-peu d'observations exactes sur les altérations organiques du canal thoracique et des vaisseaux dont il est la terminaison. Ces altérations sont effectivement fort rares ; c'est du moins ce que je crois pouvoir conclure de mes propres

recherches. J'ai disséqué avec soin le canal thoracique sur plus de trois cents cadavres, je ne l'ai trouvé que cinq fois dans un état pathologique : dans deux cas ses parois étaient le siège d'une inflammation non douteuse ; dans un troisième cas, il était oblitéré ; dans un quatrième, il était cancéreux. Une autre fois enfin, ses parois étaient saines, mais une matière étrangère, solide, d'apparence tuberculeuse, remplissait sa cavité. La rareté de ces faits m'a engagé à les publier. Ce sont quelques matériaux pour l'histoire des maladies du système lymphatique, maladies dont il est si souvent question, et sur lesquelles on possède encore si peu de notions positives.

§ Ier. *Inflammation du canal thoracique.* — Une femme, agée de 47 ans, atteinte de néphrite chronique, mourut à l'hôpital de la Charité pendant le cours de l'année 1824. Cette femme était parvenue peu à peu au dernier degré du marasme; une fièvre hectique la minait. Elle avait d'ailleurs présenté tous les symptômes qui caractérisent la néphrite. On trouva le rein droit transformé en plusieurs poches pleines de pus ; derrière lui existait un vaste foyer purulent qui s'étendait jusque dans la fosse iliaque. Au lieu de trouver le canal thoracique vide, ou rempli d'un peu de sérosité transparente, tel qu'on le rencontre le plus ordinairement, je découvris, entre l'aorte pectorale descendante et la veine azygos, un cordon blanc, de la grosseur d'une plume à écrire. Une dissection plus attentive me fit reconnaître bientôt que ce cordon n'était autre chose que le canal thoracique distendu par un liquide purulent. Il en était rempli depuis son passage à travers le diaphragme jusqu'un peu au-dessous de son embouchure dans la veine sous-clavière. Dans toute cette étendue la surface interne du canal présentait une couleur rouge dont l'intensité n'était pas la même dans tous les points. Dans les uns, on voyait une multitude de vaisseaux agglomérés et admirablement injectés ; dans d'autres points, la rougeur était uni-

forme, et, de même qu'on l'observe souvent à la surface interne des artères, elle ne semblait point résulter d'une injection vasculaire, on eût dit que la surface interne du canal avait été comme teinte en rouge. Cette couleur résidait d'ailleurs spécialement dans la membrane interne qui avait subi un épaississement notable, et qu'on séparait de la tunique externe beaucoup plus facilement qu'il n'est possible de le faire dans l'état sain. Le reste du système lymphatique, soit ganglions, soit vaisseaux, n'offrit rien de remarquable.

On trouve réunis dans ce cas les caractères anatomiques les plus tranchés de l'inflammation: savoir, la rougeur des tissus, leur épaississement, et enfin du pus. Mais une difficulté pourrait être ici élevée; on pourrait dire que le pus ne s'est point formé dans le canal thoracique, mais qu'il y est arrivé par absorption, et que c'est par suite de son contact avec la surface interne du canal, que celui-ci s'est enflammé. De quelque manière qu'on interprète ce fait, il n'en reste pas moins constant qu'il y a eu dans ce cas, inflammation du canal thoracique, soit primitive, soit secondaire.

J'ai eu occasion d'observer un autre cas d'inflammation du canal thoracique à l'hôpital des enfans, dans le service de M. le docteur Guersent. L'individu qui l'a présentée était un garçon âgé de 11 ans, qui succomba à un croup avec pleuro-pneumonie et gastrite, pendant le cours du mois de juin 1823. Les parois du canal thoracique me parurent plus épaisses que de coutume, et en même temps beaucoup plus friables. La cavité du canal ne contenait qu'un peu de sérosité transparente; mais sa surface interne présentait dans toute son étendue une vive rougeur. Observée entre l'œil et le jour, cette rougeur paraissait être due à une forte injection vasculaire. De nombreux ganglions tuméfiés et rouges, avec des points tuberculeux au centre de quelques-uns, s'étaient dévelop-

pés tout le long du canal thoracique. On en trouvait une quantité plus grande encore dans l'abdomen, autour du renflement qui commence le canal thoracique, et que l'on connaît sous le nom de réservoir de Pecquet.

Cette observation diffère de la première en ce qu'ici il n'y avait pas de pus à l'intérieur du canal. L'existence de l'inflammation était d'ailleurs prouvée non-seulement par la rougeur, mais surtout par le changement d'épaisseur et de consistance qu'avaient subi les parois du canal. Notons encore, comme une circonstance qui n'existait pas dans le cas précédent, la coïncidence de l'état de phlegmasie du canal thoracique avec la tuméfaction inflammatoire des ganglions lymphatiques les plus voisins.

§. II. *Oblitération du canal thoracique.* — Dans le cours du mois de novembre 1821, en ouvrant à la Charité le corps d'un phthisique, je procédai à la dissection du canal thoracique. Dans l'étendue de quelques pouces au-dessus du diaphragme, ce canal était rempli par une quantité assez notable de lymphe, puis il se rétrécissait tout-à-coup et perdait sa transparence dans l'espace correspondant à-peu-près au corps des cinquième, quatrième et troisième vertèbres dorsales; enfin, depuis la troisième vertèbre jusqu'à sa terminaison dans la veine, le canal reprenait son premier calibre, sa transparence, et il paraissait de nouveau rempli de lymphe. Je l'ouvris immédiatement au-dessus du diaphragme, et un stylet introduit dans sa cavité pénétra facilement jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre; mais arrivé à ce point, le stylet rencontra une sorte de cul-de-sac et ne put pénétrer plus haut. Dans toute l'étendue où le canal vu à l'extérieur avait paru rétréci, il me fut impossible de découvrir la moindre trace de cavité. Dans tout cet espace, le canal était transformé en une sorte de cordon fibreux. Mais comment, au-dessus de l'oblitération, le canal thoracique se trouvait-il de nouveau plein de liquide? par quelle

voie la lymphe y était-elle apportée? Une dissection attentive me fit bientôt reconnaître l'existence d'un vaisseau lymphatique considérable, d'une sorte de second canal thoracique, qui, né du canal principal un peu au-dessous de l'endroit où commençait l'oblitération de celui-ci, se dirigeait obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, gagnait la veine azygos, rampait derrière cette veine; puis se rapprochant du conduit ordinaire de la lymphe au-dessus du point où se terminait son oblitération, venait s'ouvrir dans ce conduit en formant une espèce d'anse assez semblable à celle que forme le canal thoracique lui-même avant de s'ouvrir dans la veine.

Je ne chercherai point à expliquer quand et comment s'opéra l'oblitération partielle dont je viens de donner la description. Quant au vaisseau collatéral, à l'aide duquel s'était continuée la circulation de la lymphe, il n'est remarquable que sous le rapport de son volume. En effet, il est très-commun de voir le canal thoracique être accompagné dans son trajet par des branches plus ou moins considérables qui s'en détachent à angle variable, et qui, au bout d'un certain espace, s'en rapprochent de nouveau et s'y ouvrent. Ce fut vraisemblablement ici l'une de ces branches qui, consécutivement à l'oblitération du conduit principal, acquit un plus grand volume. C'est ainsi que dans le cas où le sang ne traverse plus librement l'artère principale d'un membre, ce liquide est porté au-dessous de l'obstacle par une branche collatérale considérablement agrandie. C'est, à ce qu'il paraît, par suite de l'établissement d'une pareille circulation collatérale, que chez un certain nombre d'animaux la ligature du canal thoracique a pu être impunément pratiquée. M. Rayer, dans son excellent article sur *l'hydropisie*, du *Dictionnaire de Médecine*, a cité d'après Astley Cooper, des cas d'oblitération du canal thoracique, dans lesquels, comme dans celui que je viens de citer, la circulation de la lymphe se continuait

à l'aide de vaisseaux collatéraux qui avaient pris, dit M. Rayer, un développement proportionné à l'obstacle.

§. III. *Cancer du canal thoracique.*—Une femme atteinte d'un cancer utérin succomba à l'hôpital de la Charité pendant le cours du mois d'octobre 1824. On trouva le col de la matrice détruit, et à sa place un putrilage noir et infect, une fistule vagino-vésicale, d'énormes masses cancéreuses dans l'excavation du petit bassin, dans le mésentère ; ce tissu accidentel formait surtout des tumeurs considérables au-devant de la colonne vertébrale, depuis l'extrémité supérieure du sacrum jusqu'au diaphragme. Le canal thoracique, mis à découvert dans la poitrine, se montra sous forme d'un cordon généralement blanc, beaucoup plus volumineux que d'ordinaire. On l'ouvrit, et il s'en écoula un liquide blanchâtre, puriforme. De sa surface interne, s'élevaient un grand nombre de petits corps d'un blanc mat, irrégulièrement arrondis, ayant, terme moyen, le volume d'un pois. Ces petits corps se continuaient avec le tissu des parois du canal; ils présentaient une parfaite analogie de structure avec les masses cancéreuses développées dans l'abdomen. Ailleurs on ne trouvait plus de tumeur saillante à la surface interne du canal; mais les parois de celui-ci avaient subi un accroissement considérable d'épaisseur; et comme cet épaississement n'était pas le même dans tous les points, il en résultait à l'extérieur un aspect bosselé du canal. Partout où existait cet épaississement des parois, on s'assura qu'il était dû au développement d'un tissu d'un blanc mat, sillonné çà et là de lignes rougeâtres, et ailleurs déjà réduit en une pulpe d'un gris rouge sale, assez analogue à la substance du cerveau qui a déjà subi un commencement de putréfaction (tissu encéphaloïde à son double état de crudité et de ramollissement.) Enfin, près du diaphragme, les masses cancéreuses qui entouraient le canal thoracique, et qui avaient vraisemblable-

ment leur point de départ dans des ganglions lymphatiques, étaient tellement considérables, qu'il fut impossible de suivre davantage le canal thoracique confondu au milieu d'elles. Sa surface interne présentait en outre en plusieurs points une vive rougeur. Cette rougeur devenait d'autant plus marquée, qu'on examinait le canal plus inférieurement. Il faut noter que la veine sous-clavière gauche, dans laquelle s'ouvrait librement le canal thoracique, était fortement distendue, depuis son origine jusqu'aux veines cave supérieure et brachiale, par des caillots sanguins, dont les plus externes, remarquables par leur densité, avaient contracté d'intimes adhérences avec les parois de la veine dont la surface interne était d'un rouge brun et rugueuse. Les autres veines ne présentaient rien de semblable. Y avait-il quelque rapport entre cet état de la veine sous-clavière et l'affection cancéreuse du canal thoracique? Je ne sache point d'ailleurs qu'on ait encore publié d'observations relatives à cette espèce de cancer.

§. IV. *Matière analogue au tissu tuberculeux, contenue dans le canal thoracique et dans plusieurs vaisseaux lymphatiques.* — Une femme atteinte, comme la précédente, d'un cancer utérin, mourut à la Charité dans le cours du mois d'août 1824. Les ganglions du mésentère et ceux de l'excavation du bassin formaient au-devant de la colonne vertébrale d'énormes masses cancéreuses. Les ganglions de l'aîne et ceux qui entourent les bronches avant leur entrée dans le poumon, étaient également cancéreux les uns en partie, les autres en totalité.

De plusieurs des ganglions inguinaux devenus cancéreux, partaient des vaisseaux lymphatiques distendus par de la sérosité limpide et incolore, et présentant d'espace en espace des points blancs qu'une légère pression déplaçait. La matière qui formait ces points blancs semblait donc n'être que contenue dans la cavité des vais-

seaux. En effet, une incision légère ayant été pratiquée aux parois vasculaires, cette matière s'en échappa spontanément par le seul fait de l'élasticité des vaisseaux qui la contenaient. Elle était d'un blanc mat, d'une consistance médiocre, s'écrasait facilement sous le doigt, et ne présentait d'ailleurs aucune trace apparente d'organisation. Plusieurs de ces caractères la rapprochaient davantage du tissu tuberculeux que du cancéreux. Des vaisseaux lymphatiques ainsi distendus d'espace en espace par de semblables grumeaux de matière blanche, tantôt arrondis en petites masses, tantôt alongés en cylindres, pouvaient être suivis très-facilement sous l'arcade crurale, dans le bassin, jusqu'au milieu de la masse cancéreuse qui existait au-devant du rachis. Le canal thoracique se dégageait du milieu de cette masse au niveau des dernières vertèbres dorsales. En trois ou quatre endroits ce canal était fortement distendu et comme obstrué par cette même matière d'un blanc opaque qui remplissait les lymphatiques. Elle y formait des masses dont la plus grosse égalait le volume d'une noisette, et qui, comme dans les vaisseaux, était contenue dans la cavité du canal sans avoir aucune sorte de connexion avec son tissu.

Enfin la surface externe des deux poumons était parcourue par un grand nombre de stries blanches, entièrement semblables par leur disposition à des vaisseaux lymphatiques pleins de mercure. Ces stries étaient effectivement des vaisseaux que remplissait la même matière que nous venions de trouver dans d'autres lymphatiques et dans le canal thoracique. On en suivait facilement plusieurs jusqu'aux ganglions bronchiques dégénérés en cancer. L'intérieur des deux poumons, et surtout du gauche, contenait également plusieurs de ces vaisseaux, semblables à des filets blancs, renflés par intervalle. Tantôt on les y trouvait isolés; tantôt agglomérés en quantité plus ou moins grande, ils représentaient des espèces de plexus.

D'ailleurs, en aucun point des poumons on ne trouva rien qui ressemblât à des tubercules; les parois mêmes, soit des vaisseaux lymphatiques de l'aîne, soit du canal thoracique, du bassin et des poumons, ne présentèrent aucune altération appréciable.

Cette matière étrangère, d'apparence tuberculeuse, que contenait une partie du système lymphatique, y avait-elle été introduite par absorption, ou bien avait-elle pris naissance dans l'intérieur même des vaisseaux où elle fut trouvée? De quelque manière que l'on conçoive le mécanisme de l'absorption, il me semble difficile d'admettre que des masses aussi considérables d'une matière solide aient pu être absorbées. Toutes les fois que des matières étrangères ont été rencontrées dans les veines ou dans les vaisseaux lymphatiques, elles y étaient à l'état liquide, et c'est en quelque sorte molécule à molécule que l'absorption s'en était très-vraisemblablement opérée. D'ailleurs, dans le cas actuel, d'où aurait pu provenir la matière trouvée dans les lymphatiques? Un examen superficiel aurait pu porter à penser qu'elle provenait, soit de l'utérus cancéreux, soit des ganglions bronchiques et inguinaux également dégénérés en cancer. Mais la matière blanche, friable et tout-à-fait inorganique que contenaient les lymphatiques, différait essentiellement du tissu cancéreux développé dans l'utérus et dans les ganglions.

Admettrons-nous donc plutôt que cette matière a été formée dans les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes? Je ne répugnerais point à le croire : qu'y aurait-il de plus étonnant de voir le liquide contenu dans le canal thoracique et dans les vaisseaux qui s'y rendent, s'épaissir, se solidifier et changer d'aspect au point de présenter l'ensemble des caractères physiques du tissu tuberculeux, qu'y-aurait-il, dis-je, de plus étonnant dans un pareil phénomène que de voir le liquide des membranes séreuses se solidifier également, s'organiser et produire des

tubercules, la synovie être remplacée dans les articulations par des concrétions tophacées, les liquides sécrétés par les diverses glandes se transformer en masses calculeuses, etc.? Conçoit-on mieux comment, au sein du cœur et des vaisseaux, des caillots sanguins peuvent s'organiser et devenir eux-mêmes vasculaires, ainsi qu'il en existe maintenant des exemples bien constatés? Enfin, un fait récemment observé par M. Velpeau, et que j'ai vérifié avec lui, le développement d'un véritable tissu encéphaloïde au milieu d'un caillot sanguin de la veine-cave, nous conduit peut-être, mieux qu'aucun autre fait, à admettre la possibilité de la transformation de la lymphe en une matière solide analogue au tissu tuberculeux. Les altérations de la lymphe, telles que les ont long-temps conçues et décrites les médecins humoristes des siècles précédens, n'étaient certainement, dans le plus grand nombre des cas, qu'une pure hypothèse. Mais, si j'ai bien interprété le fait précédent, on doit en conclure que la lymphe, à l'instar de plusieurs autres liquides vivans, est quelquefois susceptible de s'altérer, de s'épaissir, de dégénérer, comme disaient les anciens. Les faits de ce genre, appréciés par nos moyens actuels d'investigation, sont d'ailleurs très-rares. Attachons-nous sur-tout à les recueillir avec soin, à les décrire avec exactitude, et attendons que l'observation les ait rendus plus nombreux pour en déduire une théorie.

---

*Observation d'une guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite; recueillie à la consultation publique de M.* Jules Cloquet, *et lue à l'Académie royale de Chirurgie, par M.* Bernardin de Vézelay, *élève de l'hôpital Saint-Louis.*

M. Laroche (Jean), âgé de 50 ans, officier en retraite, embrassa la carrière des armes à 19 ans; à 23 ans, il con-

tracta la gale, pour laquelle il subit un traitement méthodique; à 24 ans, il fut affecté d'une maladie vénérienne pour laquelle il ne subit qu'un traitement fort incomplet; à 37 ans, il reçut un coup de bayonnette à la main gauche, sans qu'il survînt aucun accident qui entravât la guérison de la plaie ; à 38 ans, il fut affecté d'un lombago pour lequel il ne subit aucun traitement. Ayant éprouvé à l'âge de 40 ans un redoublement de l'affection soupçonnée rhumatismale, il fut réformé, et ce fut seulement alors qu'il se fit traiter. Malgré tous les moyens qui furent employés pour combattre cette affection, celle-ci persista avec opiniâtreté jusqu'à 48 ans; à cette époque, on conseilla au malade de suivre un traitement antivénérien, mais il prit sans succès les boissons, les sirops sudorifiques et la liqueur de Van-Swiéten.

A 49 ans, à la suite d'un effort violent qu'il fit pour soulever un meuble pesant, il se développa tout-à-coup une tumeur au-dessus de la clavicule droite; en peu de temps cette tumeur acquit le volume d'un gros œuf. Son développement eut lieu sans douleur; la peau des environs était profondément ecchymosée: la tumeur présentait de fortes pulsations isochrônes à celles du pouls. M. Laroche appliqua de lui-même sur l'endroit malade, douze sangsues qui ne produisirent aucun effet. Sans trop s'inquiéter de la nature de sa maladie, il reprit ses occupations habituelles jusqu'au mois d'avril 1823, époque à laquelle de vives douleurs se manifestèrent à l'épaule droite. Ces douleurs augmentèrent jusqu'au mois de juillet, et étaient accompagnées d'un sentiment de fourmillement et de froid très-incommodes, qui se propageaient successivement de l'épaule au bras, à l'avant-bras et à la main; elles eurent, dans diverses circonstances, une intensité telle, que M. Laroche en eut des syncopes. Il se décida alors à consulter un médecin qui lui conseilla les bains de vapeur; il en prit soixante qui ne produisirent

aucun changement dans sa situation ; il éprouvait toujours le même sentiment de froid dans le membre malade, dont les mouvemens devinrent de plus en plus de difficiles ; un chirurgien habile ayant reconnu la nature de la maladie, lui conseilla de se soumettre à l'opération de l'anévrysme de l'artère sous-clavière, mais le malade s'y refusa et fut attaqué quelque temps après d'une inflammation intestinale, qui fut traitée par les émolliens et la diète ; durant le cours de cette dernière maladie le bras était devenu presque immobile, les douleurs étaient profondes et suivaient le trajet des nerfs : M. Laroche était obligé de tenir son bras en écharpe ; à partir de ce moment l'immobilité et le refroidissement du membre augmentèrent à mesure que les douleurs diminuèrent.

Le 16 juillet 1824, M. Laroche vint consulter M. J. Cloquet, qui, ayant pris du malade les renseignemens qu'il lui put fournir, examina avec soin l'état des parties et reconnut, au-dessus de la clavicule droite, sur le trajet de l'artère sous-clavière, une tumeur arrondie, adhérente, de la grosseur d'une noix, n'offrant que de légers frémissemens pulsatoires isochrônes à ceux du pouls, sans changement de couleur à la peau et indolente à la pression. M. Cloquet nous annonça que le cas présent était un anévrysme de l'artère sous-clavière, en voie de guérison spontanée, que la tumeur qui avait sensiblement diminué de volume était devenue plus dure, et que l'artère ne tarderait point à être oblitérée par le caillot formé dans l'intérieur du sac anévrysmal ; que l'état d'amaigrissement et d'atrophie du membre, que le sentiment de froid que le malade y ressentait, que l'impossibilité de faire exécuter des mouvemens étaient un résultat nécessaire de la suspension presque complète de la circulation dans le membre droit, ce dont on pouvait se convaincre par la cessation des mouvemens du pouls dans les artères humérale, radiale et cubitale ; que tout cependant pou-

vait faire espérer que la circulation se rétablirait complètement par la dilatation des artères collatérales et les anastomoses que contractent entr'elles les branches qui naissent au-dessus et au-dessous du point de l'artère sous-clavière oblitérée.

Aujourd'hui 26 août, les mouvemens de pulsation ont totalement cessé dans la tumeur, tandis qu'ils se sont rétablis quoique très-faiblement dans les artères humérale et radiale, ce qui semble justifier le pronostic que M. Cloquet a porté sur la terminaison de cette maladie et sur la dilatation des artères collatérales : les mouvemens du membre ne sont point encore revenus, mais tout porte à penser qu'à mesure que la circulation se rétablira dans le membre, la nutrition s'y fera mieux, que l'action nerveuse s'y rétablira, et que la contraction musculaire reprendra sa première activité.

Cette observation nous a paru assez curieuse pour intéresser l'attention de l'Académie, elle nous offre : 1° un exemple remarquable de la formation d'un anévrysme à la suite d'un effort violent et probablement à la suite d'une altération organique de l'artère devenue anévrysmatique; 2° l'influence que peut avoir eue sur la guérison spontanée de la tumeur le régime très-sévère auquel le malade fut soumis pendant le traitement de son affection intestinale; 3° la suspension presque complète de la circulation dans le membre malade, le sentiment de froid, d'engourdissement et de demi-paralysie qui suivent l'interruption de la circulation; 4° la preuve de la dilatation des artères collatérales par le rétablissement du pouls dans les artères humérale et radiale, où il fut impossible de le sentir pendant un certain laps de temps; 5° l'oblitération de l'anévrysme, prouvée par la diminution de volume de la tumeur, son accroissement de densité et la cessation complète des mouvemens de pulsation dont elle était le siège.

*Consultation sur une question médico-légale relative à la vie d'un nouveau-né ; par M.* ORFILA, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris.*

On procède à l'exhumation du cadavre d'un enfant nouveau-né, trois jours après qu'il avait été enterré. Les médecins chargés de faire l'ouverture du corps dressent un procès-verbal dont les conclusions sont, que l'enfant est né vivant ; qu'il a vécu pendant un certain temps, et qu'il a succombé à une suffocation accidentelle, déterminée par l'engorgement des poumons. D'une autre part, la sage-femme qui a terminé l'accouchement, déclare que l'enfant est venu au monde vivant; qu'il a poussé des cris, exécuté des mouvemens, etc.; qu'il était bien constitué, et qu'elle a été étonnée d'apprendre le lendemain qu'il était mort.

On me demande, 1.° si les faits relatés dans le procès-verbal prouvent que l'enfant ait vécu (1); 2.° s'il est permis, dans le cas où il aurait vécu, de rapporter la cause de la mort à la suffocation produite par l'engorgement des poumons.

*Première question.* L'enfant a-t-il vécu? L'enfant était évidemment à terme; sa longueur, son poids, le point d'insertion du cordon ombilical, le volume de la tête, l'état des cheveux, des ongles, des testicules, etc., tout annonce qu'il est impossible de le ranger parmi les avortons.

Voici maintenant quels sont les signes à l'aide desquels on a établi qu'il a vécu. A. Il existe au côté droit de la ré-

(1) Les parties intéressées prétendent ne devoir ajouter aucune foi à la déposition de la sage-femme.

gion occipitale une légère ecchymose d'un pouce de diamètre. B. Le thorax est bien voûté, l'épigastre très-légèrement élevé, le diaphragme abaissé. C. Le cordon ombilical est desséché, et offre à sa base un léger cercle rouge qui annonce le commencement du travail pour la séparation. D. Les deux poumons paraissent crépitans, le gauche l'est plus que le droit; il est également plus développé, et lorsqu'il a été mis dans l'eau, il a flotté pendant quelques instans au milieu du liquide avant d'arriver au fond du vase. E. Le ventricule gauche du cœur contient du sang. F. On ne trouve plus de méconium dans les intestins ni d'urine dans la vessie. Examinons la valeur de chacun de ces signes.

A. La présence de l'ecchymose dans la région occipitale annonce en général que l'enfant était vivant au moment où la tête est sortie de l'utérus; mais ne peut-il pas arriver que les contractions de la matrice cessent et que l'enfant périsse pendant que la tête est retenue dans l'excavation du bassin? D'ailleurs, il est parfaitement reconnu que des enfants morts dans l'utérus plusieurs jours avant leur naissance ont présenté l'ecchymose dont il s'agit: donc la présence d'une semblable altération ne prouve point que l'enfant ait vécu.

B. Le thorax est bien voûté, l'épigastre légèrement élevé, le diaphragme abaissé. Il est vrai que tel est l'état le plus habituel de ces parties chez les enfans nouveau-nés qui ont vécu; mais il est parfaitement démontré qu'on a observé un état opposé à celui-ci chez des enfans qui avaient vécu pendant trois ou quatre jours. D'ailleurs, comment apprécier au juste le degré de voussure du thorax, d'élévation de l'épigastre et d'abaissement du diaphragme, qui annonce que la respiration a eu lieu et qu'elle s'est prolongée pendant un certain temps. Il me paraît impossible d'accorder à ce signe une valeur, même secondaire, pour établir que l'enfant dont il s'agit a vécu.

C. Le cordon ombilical est desséché et offre à sa base un léger cercle rouge qui annonce le commencement du travail pour sa séparation. Il est à regretter qu'un caractère aussi important n'ait pas été indiqué avec plus de précision. Quelle était la portion du cordon desséchée? quels étaient ses rapports avec la partie encore fraîche? quelle était la situation, la largeur du cercle rouge ; en un mot, les altérations dont il s'agit ne tiendraient-elles pas à un commencement de putréfaction? S'il n'en est pas ainsi, il est difficile de ne pas admettre que l'enfant ait vécu.

D. Les deux poumons paraissent crépitans ; le gauche l'est plus que le droit ; il est également plus développé, et lorsqu'il a été mis dans l'eau, il a flotté pendant quelques instans au milieu du liquide avant d'arriver au fond du vase. Parmi les caractères propres à faire connaître si la respiration a eu lieu, celui qui concerne l'état des poumons est sans contredit le plus important. En effet, on peut conclure que l'enfant a respiré, si des poumons, que l'on sait ne pas avoir été insufflés, n'être ni putréfiés, ni emphysémateux, nagent sur l'eau, s'ils sont crépitans, développés, d'une couleur rosée ; si leurs vaisseaux sont remplis de sang. Un état inverse prouve, en général, que la respiration n'a pas eu lieu. Or, nous ne voyons dans le cas dont il s'agit rien qui puisse nous faire admettre que l'enfant a respiré. Le poumon gauche, qui était le plus léger, s'est précipité au fond de l'eau, à la vérité après avoir flotté quelques instans au milieu du liquide : Est-ce là le caractère de la supernatation, tel qu'il est exigé en médecine légale pour conclure que la respiration a eu lieu? Non certes. On dira sans doute que l'engorgement des poumons les empêchait de surnager : mais c'est précisément ce qu'il fallait prouver : comment n'a-t-on pas songé à exprimer dans l'eau les fragmens des poumons pour les dégorger? Si l'enfant avait respiré, on n'aurait

pas manqué d'observer alors leur supernatation. On a de la peine à concevoir l'oubli d'une pareille épreuve. Mais objectera-t-on : les deux poumons et surtout le gauche *paraissent* crépitans ; dès-lors est-il possible de ne pas conclure que la respiration a eu lieu ? Je pense que les rapporteurs ont été induits en erreur ; car il est difficile de croire que des poumons gorgés de sang, hépatisés, comme ils le disent, assez lourds pour aller au fond de l'eau (surtout le droit), aient été crépitans ; d'ailleurs pourquoi hésitent-ils à prononcer ? Pourquoi, dans un rapport d'une aussi haute importance, n'établissent-ils pas d'une manière positive s'il y avait ou non crépitation ; si le poumon gauche *était* ou non plus crépitant que le droit ; et le mot *paraissent* dont ils se sont servis ne confirme-t-il pas ce que j'ai dit d'abord, qu'ils avaient été probablement induits en erreur ? Il résulte de ce qui précède, que le caractère le plus essentiel pour établir la respiration, est énoncé *de manière à prouver plutôt qu'elle n'a pas eu lieu*. J'irai plus loin : j'admettrai que l'état des poumons prouve que l'enfant a respiré ; du moins accordera-t-on que cette respiration a été excessivement faible : or, l'enfant ne peut-il pas avoir respiré au passage et pourtant être mort-né ? Les exemples de ce genre sont loin d'être rares.

F. *Le ventricule gauche contient du sang.* Ce caractère n'est d'aucune valeur, puisque le ventricule dont il s'agit renferme du sang chez les enfans qui n'ont point respiré.

G. *On ne trouve plus de méconium dans les intestins, ni d'urine dans la vessie.* Je ne m'attacherai pas à faire ressortir la nullité de ces caractères, dès qu'il est prouvé que l'expulsion de ces matières a été observée avant la naissance.

Ces considérations me portent à conclure, 1.° que les faits mentionnés dans le procès-verbal que l'on a mis sous mes yeux ne sont pas de nature à prouver que l'enfant ait

vécu; 2.° qu'il aurait fallu, pour établir qu'il avait respiré, l'indication de détails qui ont été omis, et plus de précision dans les observations faites par les rapporteurs.

*Seconde question.* Est-il permis, dans le cas où l'enfant aurait vécu, de rapporter la cause de la mort à la suffocation produite par l'engorgement des poumons?

J'ai déjà fait voir combien le procès-verbal d'ouverture du corps est loin de prouver que l'enfant ait vécu. Je vais établir maintenant qu'il est impossible, en accordant qu'il ait vécu, de conclure que la mort dépend de la cause mentionnée par les rapporteurs.

Parmi les moyens qui peuvent nous mettre à même de juger quelle a été la cause de la mort d'un individu, les principaux se tirent de l'étude des causes et des symptômes de la maladie, et de l'ouverture du cadavre. Des données précises sur les trois ordres de moyens dont nous parlons, conduisent le plus souvent à la solution du problème; l'un de ces moyens manque-t-il, on redouble de zèle dans l'examen des autres. S'agit-il, par exemple, de déterminer la cause de la mort d'un individu que l'on ne connaît pas, qui, jouissant en apparence d'une bonne constitution, a succombé en quelques heures à une maladie dont on n'a observé ni les symptômes, ni la marche, et sur la nature de laquelle on n'a par conséquent aucune espèce de renseignement, on examine minutieusement l'extérieur et l'intérieur du cadavre; on explore toutes les cavités, ainsi que les organes qu'elles renferment, et ce n'est qu'après avoir bien constaté l'état de toutes les parties, que l'on se permet de prononcer sur la cause de la mort. Il est toujours indispensable d'ouvrir les trois cavités splanchniques; *un rapport peut être frappé de nullité si on a négligé ce précepte*. Or, dans la question qui nous occupe, l'ouverture du crâne n'a pas été faite. On a de la peine à concevoir que les rapporteurs aient pu négliger l'examen du cerveau, du cervelet et de leurs

membranes, surtout lorsqu'ils savaient que la mère de l'enfant était primipare, que la face du nouveau-né avait paru assez colorée à la sage-femme pour l'engager à laisser saigner le cordon ombilical, etc.? Que pourront-ils répondre lorsque je leur dirai : J'admets avec vous que les poumons étaient gorgés de sang; mais cet engorgement ne prouve point que l'enfant ait vécu après sa naissance, car il est mort au passage, et vous en eussiez acquis la preuve en examinant attentivement le crâne; vous auriez vu l'os frontal ou l'un des pariétaux enfoncés et peut-être fracturés, le périoste détaché et soulevé par du sang noir et fluide, les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau et les plexus choroïdiens fortement gorgés de sang, une quantité considérable de ce fluide épanchée entre la dure-mère et les os du crâne, ainsi qu'à la base du cerveau. Vous n'eussiez pas alors balancé à placer la cause de la mort dans la *longueur du travail*, à regarder l'engorgement des poumons comme étant la suite des lésions mentionnées, et vous vous seriez gardé de conclure que l'enfant était vivant au moment où il avait franchi les parties externes de la génération. Pourrez-vous prouver, d'après le procès-verbal que vous avez rédigé, que les choses se soient passées autrement? Non, certes; donc il vous est impossible de justifier la cause de mort que vous avez assignée.

Et que l'on ne croie pas qu'il s'agit ici tout simplement de tirer parti de la négligence des rapporteurs, pour établir des conclusions contraires aux leurs. L'expérience vient appuyer mon opinion. Les exemples d'enfans qui périssent en naissant par suite de la longueur du travail, sont loin d'être rares, surtout lorsqu'ils sont à terme, et que la mère, déjà d'un certain âge, est primipare; d'une autre part, il n'est pas ordinaire de voir des enfans bien constitués périr dans l'espace de quelques heures, avec une *hépatisation* des poumons telle, qu'aucun des frag-

mens de ces organes ne surnage l'eau, et qu'il faille des efforts considérables pour faire pénétrer de l'air dans une petite portion.

Je me résume : les faits relatés dans le procès-verbal ne prouvent point que l'enfant ait vécu, et si l'on établit le contraire par des preuves testimoniales, ils sont loin de faire croire qu'il ait succombé à l'engorgement des poumons: dans tous les cas, le procès-verbal est entaché d'un vice radical, dès que l'on a négligé l'ouverture du crâne.

---

*Consultation sur une question* (1) *de médecine-légale judiciaire relative à la vie d'un nouveau-né ; par M.* Béclard, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris.*

1. Je soussigné, docteur et professeur de la Faculté de Médecine de Paris, désigné par M. S., conseiller à la Cour royale de Paris, à l'effet de donner mon avis sur un procès-verbal ou rapport fait le 10 décembre 1823, par MM. X. et X., docteurs en médecine, estime que ce rapport ou procès-verbal, est incomplet, et que les conclusions n'en sont pas exactes. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

2. Le rapport comprend la déclaration de la dame C., sage-femme; l'examen du cadavre d'un enfant nouveau-né, et les conclusions des rapporteurs relatives à la viabilité, à la respiration, et à la cause de la mort de cet enfant.

3. Il résulte de la déclaration de la dame C. : (*a*), qu'elle a été appelée, en qualité de sage-femme, le 28 novembre, auprès de la dame D., primipare, âgée de trente-cinq ans, et qu'elle y est restée jusqu'au 4 décembre; (*b*), que le travail de l'enfantement a commencé le 3 décembre à dix heures du matin, l'enfant se

(1) Cette question est la même qui a donné lieu à la consultation précédente.

présentant par le sommet de la tête, et qu'il s'est terminé le même jour à dix heures et demie du soir, naturellement et facilement; (*c*) que l'enfant était un garçon bien constitué, vivant, se mouvant, et jetant des cris très-forts; (*d*) que la sage-femme laissa couler du sang après la section du cordon ombilical, parce que l'enfant était trop coloré, et aussi parce que c'est sa pratique habituelle; (*e*) que la délivrance fut prompte et facile; (*f*) que l'enfant a bu à plusieurs reprises de l'eau sucrée avec du sirop de guimauve; (*g*) que six heures après sa naissance, l'enfant a évacué du méconium et de l'urine; (*h*) que la sage-femme a cru devoir l'ondoyer avant de se retirer; (*i*) et que l'enfant de la dame D. est mort vingt-huit heures après sa naissance, à la grande surprise de la sage-femme, qui attribue cette mort à la suffocation produite par des mucosités.

4. Il résulte de l'examen extérieur du corps, fait par MM. X. et X., le 10 décembre, après trois jours d'inhumation : (*a*) que l'enfant était bien conformé, long de dix-huit pouces, et du poids d'environ cinq livres, évalué approximativement et sans balance, et que l'ombilic répondait vers le milieu de la longueur du corps; (*b*) que la tête, d'un volume ordinaire, bien ossifiée, couverte de cheveux, présente à droite de l'occiput une légère ecchymose, d'un pouce de diamètre, qui paraît, aux rapporteurs, être la tumeur qui se forme ordinairement en cet endroit, et presque entièrement résolue; (*c*) que la poitrine est bombée et légèrement élevée; (*d*) que le cordon ombilical, lié à cinq pouces environ de l'ombilic, est desséché, et présente à son insertion un léger cercle rouge; commencement, disent les rapporteurs, du travail séparatoire; (*e*) que les testicules sont descendus dans le scrotum; (*f*) que la peau présente la couleur, la consistance et le degré de perfection qui lui sont naturelles à l'époque de la maturité du fœtus, et que les

ongles, bien formés et de consistance cornée, recouvrent toute l'extrémité des doigts et des orteils; (g) que le corps présentait un état de roideur et point de putréfaction.

5. Il résulte de l'ouverture de la poitrine et de l'abdomen: (a) que le thymus est volumineux et gorgé de sang; le thorax bien voussé et le diaphragme abaissé; (b) que les poumons, de couleur rouge brunâtre, peu développés, ne remplissent pas la partie antérieure de la poitrine; (c) que le poumon gauche, plus développé et d'une couleur moins foncée que le droit, sur-tout en arrière où il présente une bande rosée, recouvre une partie du péricarde, et qu'il *paraît* plus crépitant que le droit; (d) que le cœur, d'un volume ordinaire, a tous ses vaisseaux gorgés de sang liquide; que ses cavités sont vides, excepté le ventricule gauche qui contient quelques caillots entre ses colonnes charnues; que le trou de botal est perméable; (e) que le foie, d'un volume ordinaire, est sain et dans l'état naturel, ainsi que les autres viscères; (f) que l'estomac est en grande partie rempli d'un liquide sémi-transparent, mucilagineux, d'une odeur légèrement acide; (g) que les intestins et la vessie sont vides; (h) et que les muscles, bien prononcés, sont très-colorés.

6. Il résulte enfin de l'examen particulier des poumons et des expériences hydrostatiques pratiquées sur ces organes: (a) que les poumons, la trachée et le cœur, mis ensemble dans l'eau, se précipitent au fond et y séjournent; (b) que les poumons séparés du cœur se précipitent également dans l'eau; (c) que le poumon droit, séparé du gauche, plonge au fond de l'eau et y séjourne; (d) que le poumon gauche y plonge aussi, mais plus lentement et en flottant, et qu'enfin il y séjourne; (e) que la membrane muqueuse de la trachée-artère est d'une couleur rouge assez vive; (f) que le tissu du poumon droit est gorgé de sang et de mucosité d'un blanc mat, qui en remplissent les conduits, et que divisé en deux, les deux portions

plongent également dans l'eau ; (*g*) qu'une de ces deux parties du poumon droit ayant été insufflée à l'aide d'un chalumeau introduit dans la portion de trachée qui y adhérait, et après qu'on en eût exprimé le plus possible de mucosité, l'air poussé avec un certain degré de force n'a pu pénétrer que dans une petite portion qui alors a surnagé ; (*h*) que le poumon gauche étant divisé en plusieurs portions, chacune d'elles se précipite au fond du vase avec une vitesse inégale et que toutes y séjournent ; (*i*) et que son tissu, également gorgé de sang et de mucosités, présente ainsi que le poumon droit l'état pathologique appelé *hépatisation*.

7 De tout ce qui précède, les auteurs du procès-verbal concluent, 1.° que la dame D. est accouchée le 3 décembre d'un enfant mâle, bien conformé, viable et à terme ; 2.° que cet enfant a respiré et a vécu un certain laps de temps qu'on peut, disent-ils, estimer à plusieurs heures ; ce qui leur paraît démontré, savoir : (*a*) la respiration, par l'élévation et la voûture du thorax, l'abaissement du diaphragme, l'existence de caillots de sang dans le cœur, et l'évacuation du méconium et de l'urine ; *b* la durée de la vie, par le commencement de travail séparatoire du cordon, la résolution de la tumeur occipitale, la quantité de liquide trouvé dans l'estomac, et son état de digestion commencé ; 3.° ils concluent enfin que l'enfant de la dame D. a succombé à une suffocation accidentelle déterminée par l'engouement des poumons.

8. Avant de montrer, et afin de montrer mieux en quoi les détails contenus dans ce procès-verbal sont insuffisans et ses conclusions inexactes, il est bon d'exposer d'une manière générale quelques faits importans relatifs, 1.° à la viabilité, 2.° à la vie indépendante, et 3.° à la respiration des nouveaux-nés.

9. 1.° La viabilité, ou la possibilité de parcourir la carrière ordinaire de la vie, exige comme conditions indis-

pensables, non seulement un degré convenable de développement ou de maturité du fœtus, mais encore l'absence de toute monstruosité ou vice de conformation et de toute altération grave de ses organes vitaux.

10. Parmi ces dernières, l'une des plus fréquentes est l'apoplexie des nouveaux-nés, qui consiste en une congestion, en une infiltration, ou en un épanchement de sang à l'intérieur du crâne et dans le cerveau, qui détermine la mort, soit au moment de la naissance, soit avant, soit peu après, qui dépend de la longueur du travail de l'enfantement, et qui arrive surtout chez les enfans des primipares et des femmes d'un âge un peu avancé.

11. Cette affection qui se reconnait aisément à la tuméfaction de la face, à la rougeur trop forte ou à la lividité de la peau, à la difficulté avec laquelle la respiration s'établit ou à son absence totale, à la facilité avec laquelle le sang sort du cordon ombilical après la section, etc., exige cependant, pour être bien constatée après la mort, l'ouverture du crâne et l'examen du cerveau.

12. 2.° Tant que le fœtus est renfermé dans le sein de la mère, qu'il fait partie de son organisation et qu'il participe à sa vie, son organisation propre et ses fonctions présentent des caractères différens de ceux qu'il offre quand il est né et qu'il jouit de la vie indépendante. Parmi ces changemens, les uns sont progressifs et préparés à l'avance; les autres, rapides et tranchés, appartiennent au moment même de la naissance; d'autres enfin ont lieu progressivement après cette époque.

13. Parmi les premiers, peu propres en général à fournir des caractères tranchés, il faut pourtant noter le rétrécissement du trou de Botal dont les bords élargis successivement se touchent à l'époque de la naissance quand la respiration s'établit.

14. Les changemens du second genre, les plus importans de tous, consistent dans l'établissement nécessaire

de la respiration, dans le changement de mode de la circulation, et dans les changemens organiques subits qui accompagnent ce changement dans les fonctions.

15. Les changemens enfin qui ont lieu progressivement après la naissance, et qui servent à caractériser une certaine durée de la vie, sont principalement la flétrissure et la séparation du cordon ombilical; le rétrécissement et l'oblitération des voies de la circulation fœtale, savoir des vaisseaux ombilicaux, du trou de Botal et du canal artériel; la diminution de volume et de pesanteur du foie, l'évacuation du méconium et de l'urine, et l'établissement de la digestion; mais tous ces caractères ne sont pas à beaucoup près de la même valeur.

16. 3.° La respiration mérite qu'on s'y arrête encore un instant pour en bien préciser les caractères et la nécessité. La vie consiste dans l'action mutuelle et nécessaire du système nerveux et du sang; mais pour que le sang soit propre à sa fonction, il a besoin d'être incessamment soumis à l'action vivifiante de l'air par la respiration; de sorte qu'après la naissance, la vie est tellement liée à la respiration, que l'on peut considérer les mots *vivre* et *respirer* comme synonymes.

17. Lorsque la respiration s'établit, les poumons, jusqu'alors petits, d'un rouge brun, denses, pesant environ une once, deviennent par l'introduction et le séjour de l'air, et par l'établissement de la circulation pulmonaire, volumineux, roses, moins denses, et pèsent environ deux onces; mais il est nécessaire, pour constater ces caractères de volume et de pesanteur, de les peser dans l'air et dans l'eau alternativement; d'examiner, si en en pressant des fragmens sous l'eau, il s'en échappe du sang et de l'air, ou s'il ne s'en échappe rien. Le thorax acquiert de l'ampleur et s'agrandit en hauteur par l'abaissement du diaphragme. Mais ces derniers caractères, vagues et peu tranchés, n'ont de valeur qu'autant qu'ils sont déterminés d'une manière précise et métrique.

18. Malheureusement la respiration et ses organes ne fournissent pas toujours des signes aussi précis de la vie indépendante de l'enfant. D'une part, comme je l'ai vu quelquefois, et comme Osiander en a rapporté plusieurs exemples, le fœtus peut respirer pendant l'accouchement, puis mourir avant de naître; d'une autre part, comme je l'ai vu encore, et comme M. Bernt en a publié plusieurs cas authentiques, l'enfant peut naître, vivre pendant quelques heures, d'une sorte de vie fœtale continuée, sans que la respiration s'établisse, ou du moins sans qu'elle s'établisse complètement.

19. La respiration imparfaite dont il vient d'être question, étant un fait peu connu, quoique très-important en médecine légale, il ne sera pas inutile de le faire connaître avec quelques détails. Dans ce cas l'enfant fait de courtes et de rares inspirations; il fait de petits mouvemens des membres et de la tête; il jette de faibles cris plaintifs; ordinairement il n'a pas la force de tetter, et il meurt bientôt faute d'avoir complètement respiré. Dans ce cas, les poumons ont éprouvé par l'établissement de la circulation pulmonaire toute l'augmentation de pesanteur et une partie de l'accroissement de volume que la respiration parfaite y détermine; mais ils sont denses, plus pesans que l'eau; et quand on en presse des fragmens entre les doigts, ils ne sont point crépitans; il n'en sort point de bulles d'air, il en sort seulement beaucoup de sang. Dans ce cas encore on trouve le trou de Botal béant, et souvent un état d'endurcissement du tissu cellulaire qu'on pourrait faute d'attention confondre avec la roideur cadavérique.

Tels sont les faits généraux relatifs à la respiration, à la vie indépendante et à la viabilité, dont la connaissance peut éclairer la question particulière dont il s'agit ici.

20 Le rapport de MM. X. et X. contient des observations

assez nombreuses et suffisamment exactes relativement aux dimensions, aux proportions du corps, à la situation des testicules, à l'état de la peau et des ongles, et à l'état des intestins, pour en conclure que le corps qu'ils ont examiné était celui d'un fœtus à maturité ou à terme. On doit cependant noter comme une omission grave celle de le peser à la balance.

21. Peut-on conclure des observations consignées dans le procès-verbal, que ce fœtus fût viable ?

On juge de la viabilité pendant l'état de vie, par l'exercice régulier des fonctions; et après la mort, par l'état d'intégrité des organes dans le cadavre.

22. La sage-femme dit que l'enfant a pleinement vécu. Il ne m'appartient pas d'examiner une assertion testimoniale, mais je puis et dois examiner les preuves physiques de cette assertion. (*a*) Suivant la sage-femme qui est restée six jours chez M.me D., l'accouchement aurait été prompt et facile. L'expérience a appris qu'il n'en est pas ordinairement ainsi chez les femmes âgées et primipares. (*b*) Suivant la sage-femme, l'enfant serait né vivant, se mouvant et jetant des cris très-forts. Cependant elle a laissé couler du sang par le cordon, parce que l'enfant était trop coloré, et parce que c'est sa pratique habituelle. Or, il ne coule pas de sang par le cordon quand la respiration est parfaitement établie. (*c*) Suivant la sage-femme encore, l'enfant serait mort, à sa grande surprise, vingt-huit heures après sa naissance, suffoqué, à ce qu'elle croit, par des mucosités. Cependant elle avait cru devoir l'ondoyer avant de se retirer, et l'on n'ondoie pas ordinairement les enfans bien portans; la suffocation par des mucosités n'arrive point ainsi en quelques heures chez un enfant respirant parfaitement et jettant des cris très-forts.

Il paraîtrait donc, en appréciant à leur juste valeur les déclarations de la dame C., que si l'enfant est né vivant, la respiration est restée imparfaite; or l'on ne peut con-

clure la viabilité d'un état de vie imparfait et d'ailleurs mal constaté sous le rapport physique.

23. L'état des organes après la mort du fœtus permet-il mieux d'affirmer qu'il était viable? Non, car on a omis d'ouvrir le crâne et le canal rachidien, et d'examiner la moelle épinière et l'encéphale, organes dont l'intégrité est indispensable à l'exercice de la vie indépendante de l'enfant, et qui sont, surtout le cerveau, toujours affectés dans les accouchemens longs et difficiles, et souvent jusqu'au point où leur affection constitue l'apoplexie des nouveaux-nés.

24. Ainsi, rien dans le rapport de MM. X... et X... n'autorise à conclure que l'enfant de la dame D. fût viable.

25. Peut-on conclure des observations consignées dans ce rapport, que l'enfant de la dame D. ait respiré et vécu plusieurs heures? (*a*) La respiration leur paraît démontrée par l'ampliation du thorax et l'abaissement du diaphragme. Cette ampliation accompagne en effet la respiration parfaite et même jusqu'à un certain degré la respiration imparfaite; mais ce phénomène accessoire ne mériterait d'être pris en considération qu'autant qu'il aurait été déterminé d'une manière précise. (*b*) La respiration leur paraît démontrée encore par les caillots de sang existant dans le cœur. Il est bien vrai que le sang est plus coagulable dans l'enfant qui a respiré que dans le fœtus mort-né; mais cette différence du plus au moins paraîtra peu importante si l'on fait attention que tous les gros vaisseaux étaient remplis de sang fluide. (*c*) La respiration leur paraît démontrée enfin par l'évacuation du méconium et de l'urine. Il est certain que dans les cas ordinaires le fœtus ne rend l'urine et le méconium que quelque temps après la naissance; mais pour peu que l'accouchement soit long et difficile, il est très-ordinaire que le fœtus évacue l'urine et le méconium avant de naître.

Aucun des faits allégués en preuve de la respiration ne démontre donc que cette fonction se soit exercée.

26. Il faut noter ici comme autant d'omissions importantes dans l'examen des poumons, leur pesanteur absolue non déterminée par la balance; leur pesanteur relative et leur volume exact non déterminés en les pesant plongés dans l'eau; l'existence ou l'absence d'air dans ces organes non déterminée en les exprimant dans l'eau; la quantité de sang contenue dans leur tissu, non déterminée de la même manière.

27. Enfin, quelques faits notés dans le rapport, quoique incomplètement observés, porteraient à penser que la respiration, si elle a eu lieu, a été imparfaite, et que les poumons ne présentaient que les caractères dépendans de l'établissement de la circulation pulmonaire, et non ceux qui dépendent de la pénétration et du séjour de l'air dans les dernières divisions des bronches. Tels sont la submersion des poumons, soit entiers, soit en morceaux; leur volume, leur densité, la difficulté, mais enfin la possibilité d'y faire pénétrer l'air, etc.

28. Ainsi, soit à cause des faits rapportés, soit à raison des omissions que présente le rapport, on ne peut pas conclure que l'enfant de la dame D. ait respiré, du moins parfaitement.

29. La durée de la vie ne paraît pas mieux établie, (*a*) ni par le commencement de travail séparatoire du cordon, car ce travail ne paraît pas démontré par la description qu'en donne le rapport; en effet, ce n'est que vers la fin du second jour de la vie indépendante, que la peau commence à se retirer du cordon, tandis que la flétrissure du cordon commence dans le fœtus comme dans l'enfant vivant, dès qu'il est exposé à l'air ou en contact avec des corps qui absorbent son humidité; (*b*) ni par la résolution de la tumeur occipitale, parce que rien ne prouve que cette résolution ait effectivement eu

lieu, et parce que cette résolution ne commence point d'une manière sensible avant le troisième jour; (c) ni par la quantité et l'état du liquide contenu dans l'estomac; car rien ne prouve que ce liquide fût un liquide avalé depuis la naissance. On trouve en effet aussi dans l'estomac des fœtus morts-nés un liquide, soit qu'il provienne de l'eau de l'amnios, ou qu'il soit un produit de la transsudation séreuse qui a lieu aux approches de la mort.

On regrette dans cette partie du rapport des observations sur la pesanteur et l'état du foie, et sur l'état des voies de la circulation fœtale.

30. On ne peut donc pas conclure des faits contenus dans le rapport que l'enfant de la dame D. ait respiré et vécu pendant plusieurs heures.

31. En supposant la respiration et la vie établies et démontrées, pourrait-on conclure que l'enfant de la dame D. a succombé à une suffocation accidentelle déterminée par l'engouement des poumons? L'engouement ou l'hépatisation des poumons, comme les auteurs du rapport l'appellent, est l'état anatomique ou l'altération organique qui caractérise la pneumonie ou fluxion de poitrine à son second degré. Cette altération bien connue rend le poumon dur, fragile, granuleux, et ne permet pas à l'air d'y pénétrer par l'insufflation; elle n'affecte point au même degré les deux poumons dans toute leur étendue. Dans la pneumonie, les glandes bronchiques sont tuméfiées et rouges. La marche de cette maladie est rapide, très-rapide même, mais non assez pour arriver en quelques heures à son second degré. L'état des poumons, tel qu'il est décrit dans le rapport, est beaucoup plutôt celui que l'on observe quand il n'y a point eu de respiration ou quand elle a été imparfaite, que celui que l'on rencontre dans les sujets morts de pneumonie.

33. On ne peut donc pas conclure que l'enfant de la

dame D. ait succombé à une suffocation accidentelle déterminée par l'engouement des poumons.

34. De tout ce qui précède, il résulte, à mon avis, et je conclus : 1.° que le rapport ou procès-verbal de MM. X. et X. ; présente plusieurs omissions importantes ; 2.° que soit à raison de ces omissions, soit même en concluant directement des faits rapportés dans ce procès-verbal, il est impossible d'affirmer ni que la dame D. soit accouchée d'un enfant viable, ni que cet enfant ait respiré et vécu plusieurs heures, ni enfin qu'il ait succombé à une suffocation accidentelle.

*Fait à Paris, le* 10 *mai* 1824.

---

*Observation remarquable de suicide par suspension, dans lequel la mort n'a pas été le résultat de la strangulation ; par* C. P. Ollivier (*d'Angers*), *D. M. P.*

Le 26 octobre dernier, entre cinq et six heures du soir, on trouva le cadavre d'un jeune homme âgé de 21 ans (ainsi que ses papiers l'indiquèrent), suspendu à un arbre dans la forêt de Bondy. A vingt-deux pas de distance étaient quelques-uns de ses vêtemens, un sac à moitié rempli de poudre et un pistolet en fer *à balle forcée.* Le bout du canon, que l'on visse après avoir placé la balle, était séparé du reste de l'arme. Le lien qui suspendait le corps était formé par le gilet de l'individu, dont les manches de flanelle, nouées ensemble par leurs extrémités, étaient accrochées à une branche, à la hauteur de huit pieds et demi. La tête était passée dans l'anse résultant de leur réunion, de manière que le menton et la partie antérieure du col appuyaient sur une surface large et épaisse formée par le derrière du gilet ; la tête avait été

maintenue dans cette position par l'alongement et le rapprochement des deux manches le long de la face postérieure du col, au moment où le corps était resté abandonné à sa propre pesanteur. (Deux arbres placés très-près de celui auquel le corps était pendu, pouvaient aider beaucoup à monter dans ce dernier.) Le cadavre fut enlevé le lendemain matin à dix heures, et enterré après un simple examen des blessures extérieures qu'il présentait et dont les détails rapportés dans le procès-verbal fait sur les lieux, donnaient beaucoup de probabilités à un homicide (1).

Le 30 octobre, à la requête de M. le procureur du roi, je me transportai au village de Bondy, assisté de MM. Lartet, docteur médecin à Belleville, et Feste, officier de santé à Bondy; le cadavre ayant été exhumé avec précaution et porté sans secousse dans un lieu convenable, nous procédâmes à son examen en présence de M. le substitut du procureur du roi, à deux heures de l'après-midi (92 heures environ après la mort).

Cadavre sans aucune apparence de putréfaction, fortement musclé, d'un embonpoint assez remarquable, taille de cinq pieds environ, raideur très-prononcée des membres inférieurs, membres supérieurs assez souples, les doigts des deux mains légèrement fléchis et non contractés avec force; tête volumineuse, cheveux châtains, face pâle, sans bouffissure ni coloration violacée. Point de traces d'écume sanguinolente à la bouche; la langue n'est pas tuméfiée et ne fait point saillie entre les arcades dentaires; les oreilles, ainsi que les parties postérieure de la tête et supérieure du dos offrent une teinte d'un rouge violet, due évidemment à la position du cadavre; il n'existe aucune déformation du cou dans le trajet des apophyses épineuses cervicales.

(1) Plusieurs Journaux politiques annoncèrent à cette époque qu'un assassinat avait été commis dans la forêt de Bondy.

A la partie supérieure et moyenne du front, on observe seize plaies dont le plus grand nombre intéressent toute l'épaisseur des tégumens et pénètrent jusqu'au péricrâne. Elles ont toutes une forme circulaire, produisant dans les unes un cercle complet de quatre lignes de diamètre, et dans les autres des segmens plus ou moins grands de la même dimension : elles sont grouppées diversement les unes auprès des autres dans une étendue en surface de deux pouces en tous sens, et ont exactement l'aspect de plaies produites par un emporte-pièce circulaire. En plaçant dans chacune d'elles la partie du canon du pistolet qui porte la vis et dont l'embouchure offre également quatre lignes de diamètre, ainsi que des bords légèrement tranchans, nous avons pensé qu'elles résultaient de coups violens portés avec cette arme, et nous en avons été convaincus après avoir produit des lésions absolument semblables en enfonçant avec violence ce bout du pistolet dans l'épaisseur des tégumens. (Cet essai ne fut fait qu'après l'ouverture du crâne.)

Dans la partie supérieure de la région temporale gauche il existe cinq plaies demi-circulaires exactement semblables, pour la forme et les dimensions, à celles déjà décrites, et quatre autres plus petites, de trois lignes de long seulement, affectant diverses directions et n'intéressant que superficiellement l'épaisseur de la peau. Dans les mêmes régions, du côté opposé, on remarque derrière l'angle orbitaire externe, une plaie complètement circulaire comme les précédentes et qui pénètre jusqu'au péricrâne; un peu au-dessus, et plus en arrière, quatre autres plaies longitudinales de quelques lignes d'étendue et superficielles. Aux environs de ces nombreuses plaies qui ont toutes été faites évidemment avec le même instrument, la peau n'offre aucunes traces d'ecchymoses.

Les yeux ne présentent point de tuméfaction, les paupières sont complètement rapprochées l'une de l'autre

et recouvrent le globe de l'œil qui est flasque et non déprimé. Les capillaires de la conjonctive qui tapisse la sclérotique, sont très-injectés et lui donnent une couleur violacée.

Au-dessous de la lèvre inférieure, du côté gauche, et dans l'étendue de deux pouces et demi de long sur deux de large, la surface de la peau est d'un brun roussâtre, parsemée d'une multitude de petits points noirs, évidemment le résultat de la combustion de la poudre. Dans cet espace, on observe deux plaies à bords déchirés, inégaux et noircis. L'une et l'autre traversent toute l'épaisseur de la lèvre : la première est située à un pouce au-dessous de la commissure gauche des lèvres, son diamètre est de trois lignes : la seconde est située sur la ligne médiane, très-près du bord libre de la lèvre inférieure ; elle est plus petite.

*Il n'existe aucune trace d'impression dans la région du col :* on voit seulement à ses parties latérales, sur la saillie des muscles sterno-mastoïdiens, quelques excoriations linéaires légèrement rouges, longitudinales, dirigées obliquement de bas en haut vers les apophyses mastoïdes, et de dedans en dehors ; sur la partie latérale droite de la région du larynx, une excoriation analogue, transversale, longue de trois lignes environ. Elles sont toutes très-superficielles, et paraissent résulter du frottement d'un corps rude à la surface de la peau, froissement qui n'a intéressé que l'épiderme. Dans les régions où l'on remarque ces excoriations superficielles, la peau offre une teinte très-légèrement jaunâtre, et qui se confond insensiblement avec la couleur environnante.

On n'observe aucune trace de violence extérieure à la surface des membres supérieurs, si ce n'est à la main droite où il existe une teinte violacée de la peau d'un demi-pouce circulairement dans la région de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. Le côté radial de l'indicateur présente une cicatrice ancienne et demi-circulaire, et au-

dessous une déchirure légère et récente de la peau. Au côté cubital du même doigt au niveau de l'articulation des première et seconde phalanges, il existe une plaie oblique, longue de huit lignes, à bords coupés net, mais irrégulièrement, intéressant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané : son fond est rempli d'un sang noir et coagulé.

Les parois du thorax et de l'abdomen, et les membres inférieurs, n'offrent pas de traces de lésions extérieures. Le volume du pénis, dont le gland est imparfaitement recouvert par le prépuce, n'annonce aucun gonflement qui indique un commencement d'érection. Le scrotum ne renferme qu'un testicule, celui du côté gauche.

A l'incision des tégumens du crâne, il ne s'écoula pas de sang; on trouva seulement des ecchymoses d'une largeur variable dans le tissu cellulaire sous-cutané ainsi que dans l'épaisseur des fibres musculaires des deux temporaux, et qui correspondaient aux différentes blessures que nous avons décrites. Les os du crâne sont durs, assez épais et pesans : aucune fracture dans toute leur étendue : vaisseaux des membranes cérébrales très-peu injectés; consistance assez ferme de la substance de l'encéphale : injection légère de la substance blanche : nulle altération dans la couleur et l'épaisseur de la substance grise. Les deux lobes cérébraux étaient réunis entre eux dans toute leur longueur et dans la largeur d'un pouce au-dessus du corps calleux, par une adhérence des faces correspondantes de l'arachnoïde. Pas de sérosité dans les ventricules. Le cervelet, ainsi que les autres parties de l'encéphale et de la moelle épinière que nous avons examinées, étaient dans l'état sain. Il n'y avait pas de luxation des deux premières vertèbres cervicales.

Toute la cavité de la bouche était enduite d'un sang rouge. Le bord alvéolaire de l'os maxillaire inférieur était brisé depuis la première incisive latérale jusqu'à la troisième

molaire. Les dents canine, première et seconde molaires manquaient. Cette fracture correspondait exactement à l'orifice interne de la première plaie décrite précédemment. La langue, déchirée longitudinalement à sa partie moyenne et dans ses deux tiers antérieurs, présentait un canal sinueux, creusé entre les fibres du muscle lingual et la membrane muqueuse, et au fond duquel nous trouvâmes une lamelle de plomb, irrégulièrement quadrilatère et qui avait évidemment produit la seconde plaie pénétrante de la lèvre. Les deux incisives moyennes de la mâchoire supérieure étaient brisées. Le voile du palais offrait dans sa partie supérieure et latérale droite une plaie contuse, à bords déchirés, d'un pouce de diamètre, et qui traversait son épaisseur. Toute la partie postérieure du pharynx était remplie d'un sang rouge, au milieu duquel nous trouvâmes une dent incisive brisée. La membrane muqueuse des fosses nasales était d'un noir violet et enduite d'un sang noir fluide, ainsi que celle des sinus frontaux. Il n'existait aucune lésion à la face postérieure du pharynx non plus qu'aux os de la base du crâne.

La peau, disséquée dans toute l'étendue des parties antérieure et latérales du cou, ne nous offrit aucune altération appréciable. Il n'y avait point d'injection notable ni d'ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-jacent. Les veines jugulaires externes et internes, de même que les artères carotides, ne présentèrent rien de particulier. Le larynx était intact, sans aucune déviation latérale. La trachée-artère, les bronches et toutes leurs ramifications étaient remplies d'un sang noir et fluide non écumeux; les poumons, libres d'adhérence dans toute leur surface extérieure, avaient une couleur d'un rose violacé, et plus foncé postérieurement; ils étaient très-crépitans et ne laissèrent point écouler de sang à la coupe; ils étaient d'ailleurs parfaitement sains et contenaient seulement quelques amas de mélanose, généralement d'un petit volume. Le cœur était

volumineux ; les parois du ventricule gauche, très-résistantes et élastiques , avaient l'épaisseur d'un pouce, ainsi que la cloison interventriculaire ; ses cavités avaient leur ampleur ordinaire et étaient vides de sang, de même que les artères carotides, axillaires et l'aorte qui offrait un rétrécissement remarquable dans toute sa longueur. Le diamètre de son canal n'avait pas six lignes ; ses parois n'offraient aucune espèce d'altération. La courbure aortique n'était point dilatée; les orifices du cœur n'étaient point rétrécis.

L'estomac, très-ample, contenait des alimens réduits à l'état de chyme et au milieu desquels nous trouvâmes une balle d'un petit calibre, en partie brisée et déformée. La cavité des intestins grêles contenait des débris de la digestion. La membrane muqueuse gastro-intestinale, d'un blanc rosé, était saine dans toute son étendue. Le foie et la rate avaient leur couleur et leur consistance naturelles; il n'y avait que peu de sang dans leur intérieur. Les reins en contenaient davantage. La vessie, contractée et revenue sur elle-même, ne renfermait pas d'urine. Le testicule droit, ayant le volume et la couleur du gauche, était appliqué contre l'orifice supérieur du canal inguinal et maintenu dans cette position par le *gubernaculum* de Hunter, qui était épais et adhérent au fond de la dépression que formait l'orifice supérieur du canal. La présence du testicule dans l'intérieur du canal avait fait présumer l'existence d'une hernie pour laquelle ce jeune homme portait un bandage qu'on trouva appliqué sur le cadavre. Le canal de l'urètre fut incisé dans toute son étendue ; il ne contenait aucune trace de sperme.

En réfléchissant aux circonstances qui ont accompagné la mort de cet individu, nous avons pensé, d'après l'examen des diverses blessures observées sur le cadavre, que ces lésions n'ont pu causer directement la mort. En effet, la plus profonde d'entre elles est celle

produite par la balle qui a traversé la lèvre, fracturé le bord alvéolaire de l'os maxillaire inférieur et percé le voile du palais. La balle, arrêtée dans la première partie de son trajet par les dents et le bord alvéolaire, n'a pas pénétré jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, après avoir traversé le voile du palais, comme l'autopsie nous l'a démontré, et elle est alors tombée dans l'œsophage, et delà dans l'estomac. Il est d'ailleurs évident que l'autre plaie de la lèvre et la déchirure de la langue, ont été produites dans le même instant par le fragment qui se détacha de la balle au moment de l'explosion. En admettant, ce qui nous paraît très-probable, que ces plaies ont été le résultat de la première tentative du meurtre, elles n'ont point eu pour conséquence de causer la perte de connaissance ou un affaiblissement notable du sujet. Nous pensons donc que ces premières blessures n'ont pu empêcher l'individu de faire de nouvelles tentatives pour se donner la mort; et c'est sans doute alors, en considérant d'ailleurs le cas comme étant un suicide, que ce malheureux attenta de nouveau à ses jours en cherchant à s'enfoncer le crâne, et qu'il se frappa violemment et à coups répétés le front et les tempes avec l'extrémité du pistolet. (Il y avait, comme nous l'avons vu, trente plaies environ).

Mais c'est ici qu'on peut douter avec quelque raison, qu'il y ait eu suicide, quand on considère la multiplicité des plaies résultant de l'action réitérée du même instrument. On a peine à concevoir au premier abord, qu'un individu puisse surmonter à ce point la douleur et se torturer ainsi lui-même. Cependant plusieurs motifs peuvent venir à l'appui de la supposition d'un suicide; en effet, nous avons fait remarquer qu'il existait chez ce sujet une hypertrophie très-prononcée du ventricule gauche dont la cavité n'offrait aucune diminution, et qui nous a semblé résulter du rétrécissement considérable de l'aorte dans toute sa longueur. Les autres troncs artériels avaient

leur capacité habituelle. Certes, cet état du cœur, en augmentant manifestement la force d'impulsion naturelle à cet organe, devait entretenir dans toutes les parties supérieures du corps une circulation plus énergique et conséquemment une activité vitale plus grande. D'un autre côté, l'expérience a démontré que l'excès d'action du cœur apporte beaucoup de dérangement dans les fonctions du cerveau, devient quelquefois la cause de maladies graves ou mortelles, et que c'est delà aussi que proviennent souvent des céphalalgies plus ou moins fortes, des étourdissemens, des vertiges, etc.

Si nous ajoutons à ces diverses considérations que le cadavre de cet individu offrait tous les attributs de la constitution dite apoplectique, tels que tête volumineuse, taille peu élevée, épaules larges, membres robustes, embonpoint remarquable, etc., nous trouvons ainsi réunies toutes les conditions qui peuvent faire présumer avec beaucoup de probabilité, que chez ce jeune homme le cerveau était dans un état continuel d'excitation, et d'où résultait sans doute l'adhérence étendue des deux lobes entre eux, que nous observâmes à l'autopsie. Or, comme on ne peut douter que dans l'acte du suicide il n'y ait une exaltation morale excessive, on conçoit qu'elle a dû être portée au dernier degré de violence chez le sujet de cette observation, d'après les diverses circonstances que nous venons d'énumérer.

C'est ainsi que nous nous expliquons comment la fureur qui le portait à se détruire, loin d'être affaiblie par la douleur des premières blessures, semble au contraire avoir été accrue par elle. Quant à la plaie du doigt indicateur de la main droite, nous l'attribuons à la pierre ou à toute autre partie du pistolet, lorsqu'il le serrait convulsivement entre ses doigts en s'en frappant la tête à coups redoublés. Nous ferons observer à ce sujet que toutes les plaies occupaient la partie antérieure de la tête. Il n'en

existait aucune dans les régions postérieures. Nous pourrions d'ailleurs opposer à cette multiplicité des plaies, qui semble infirmer l'idée d'un suicide, des exemples nombreux et bien constatés de mutilations plus effrayantes que des individus ont opérées sur eux-mêmes dans un moment de désespoir. L'observation de semblables faits, en nous donnant une explication assez plausible des lésions nombreuses que nous avons observées sur le cadavre de ce jeune homme, nous fait concevoir comment ce malheureux, persistant dans la ferme volonté de se donner la mort, a pu terminer ses tentatives en se pendant à un arbre voisin, ainsi que nous l'avons exposé d'abord.

Ici, une circonstance particulière se présente. On ne pouvait douter, en admettant le suicide, que la mort avait suivi la suspension puisque le cadavre avait été trouvé pendu, et néanmoins il n'existait dans la région du cou, comme nous l'avons dit, aucune trace d'impression qui indiquât la strangulation · ce qui d'ailleurs se trouvait expliqué par la nature et la disposition du lien qui retenait la tête. Nous avons vu, en effet, qu'il était formé par le gilet de l'individu dont les manches, nouées ensemble, étaient accrochées à la branche de l'arbre, tandis que le derrière du gilet formait une surface large et épaisse, sur laquelle appuyait le menton ainsi que la partie antérieure et supérieure du cou : et ce fut sans doute par le froissement du cou contre les manches de flanelle et le gilet, qui était d'étoffe, que l'épiderme de la peau du cou avait été légèrement excorié ; de sorte que le signe extérieur de la strangulation et qu'on observe toujours, *l'impression du lien*, n'existait pas ici. Conséquemment nous ne remarquâmes aucun des autres phénomènes extérieurs qui dépendent directement de la constriction du lien qui embrasse le cou dans le cas de suspension avant la mort, tels que la bouffissure et la couleur violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente à la bouche, la cou-

leur violette des extrémités. Nous ne faisons pas remarquer non plus qu'il y avait absence d'engorgement des vaisseaux cérébraux, puisque d'après les observations récentes de MM. Esquirol et Orfila, ce phénomène, ainsi que toutes les altérations qui annoncent que l'individu a péri asphyxié, ne se rencontrent pas constamment.

Nous ajouterons seulement ici une remarque que nous avons eu l'occasion de faire sur plusieurs pendus dont le corps abandonné à son propre poids ne touchait pas à terre; nous indiquons cette dernière circonstance parce que nous croyons avoir observé que le phénomène dont nous voulons parler, et qui a été signalé depuis long-temps, a principalement lieu dans le cas où le corps est alongé dans toute sa longueur et isolé du sol par la hauteur à laquelle est fixé le lien qui le retient: ce phénomène consiste dans une érection plus ou moins considérable du pénis, accompagnée d'une éjaculation de sperme (1). Nous l'avons observé sur plusieurs pendus dont

(1) Je ne chercherai point à décider ici, si l'érection chez les pendus dépend principalement, ainsi que le dit Morgagni, de l'abord d'une plus grande quantité de sang dans les parties inférieures; ce qui a lieu, dit-il, parce que moins ce liquide peut être chassé dans les artères supérieures à raison de la constriction du cou par la corde, plus le cœur dans les dernières pulsations en envoie dans les inférieures (*Epist.* XIX); ou bien, au contraire, de l'afflux du sang dans le cerveau, et conséquemment dans le cervelet, comme le pensent MM. Gall, Chaussier et Adelon, ou enfin si elle résulte, comme le croit M. Villeneuve (*Journ. compl. du Dict.*, t. 10, pag. 215), du tiraillement de la moelle épinière, et par suite des paires sacrées qui se rendent aux organes génitaux. Quoi qu'il en soit, l'érection est quelquefois très-prononcée dans la pendaison, où le corps est suspendu, ainsi que je l'ai dit, de telle sorte que le sang jaillit rapidement et avec force du tissu des corps caverneux, lorsqu'on les incise alors peu de temps après la mort. C'est ce que j'ai pu remarquer plusieurs fois, et entr'autres sur le cadavre d'un pendu, six heures après sa mort. Le corps était encore tiède, et cependant il y avait une roideur générale des membres. Cette érection avait été accompagnée de l'éjaculation abondante d'une humeur filante qui formait deux larges taches, et encore humides,

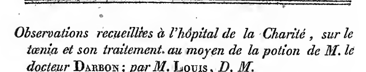
le corps était placé ainsi que nous venons de le dire, et chez lesquels la strangulation était bien manifeste. Or, en admettant que ce phénomène a lieu constamment dans la mort par suspension avec les circonstances indiquées, nous voyons ici qu'il n'a existé aucune apparence de congestion sanguine dans le pénis, et que le canal de l'urètre ne contenait pas une goutte de sperme : ce qui vient confirmer notre assertion qu'il n'y a pas eu strangulation.

A quelle cause faut-il donc attribuer la mort de cet individu? Dans la suspension, c'est toujours l'action du lien, dont la constriction est augmentée par le poids du corps, qui détermine l'occlusion des voies aériennes et la mort par asphyxie, hors les cas où il y a lésion de la moelle épinière par la luxation des deux premières vertèbres cervicales. Tel est également le genre de mort auquel cet individu a succombé, mais il a eu lieu par une autre cause. En effet, au moment où la suspension fut effectuée, le lien très-lâche et épais passé sous le menton, détermina aussitôt une congestion sanguine dans les parties supérieures, et qui fut d'autant plus forte que la circulation y était habituellement plus énergique, ainsi que nous l'avons fait voir précédemment. Une hémorrhagie abondante et rapide eut lieu au même instant par les plaies de la langue et du voile du palais, et le sang afflua dans les cavités de la bouche et du pharynx que nous trouvâmes remplies de ce liquide. Comme il n'y avait pas de com-

sur la chemise de l'individu, et dont quelques gouttes recouvraient l'extrémité du gland. Je ferai remarquer à ce sujet que cette humeur muqueuse et filante, blanchâtre, laissait exhaler d'une manière très-prononcée l'odeur fade, *sui generis*, qui est propre au sperme et dont se rapproche le pollen de quelques végétaux. Cette dernière circonstance me porte à penser que l'érection chez les pendus n'est pas seulement accompagnée d'un simple écoulement de l'humeur fournie par la prostate, comme le pense M. Villeneuve, mais que cette humeur est, dans certains cas, de véritable sperme. Le sujet de l'observation que j'indique ici était un homme de 38 ans et d'une constitution robuste.

pression exercée de manière à fermer l'entrée du larynx et de la trachée-artère, le sang pénétra en un instant dans les bronches et remplit toutes leurs ramifications, ainsi que l'autopsie nous le démontra. Telle a été la cause de la mort qui sans doute fut prompte.

Il n'y a donc pas eu précisément ici, malgré la suspension, asphyxie par strangulation, mais bien *asphyxie par suffocation* due à l'introduction du sang dans la cavité des voies aériennes; et c'est à cette seule cause qu'on doit attribuer la mort. En résumant d'ailleurs les diverses circonstances qui l'ont accompagnée, ainsi que les altérations observées sur le cadavre, et les réflexions que leur examen nous a suggéré, nous avons pensé que cette mort pouvait être le résultat d'un suicide.



*Observations recueillies à l'hôpital de la Charité, sur le tœnia et son traitement au moyen de la potion de M. le docteur* DARBON; *par M.* LOUIS, *D. M.*

LES remèdes les plus vantés contre le tœnia doivent leur réputation à des succès; mais ces succès sont si peu soutenus et les substances au moyen desquelles on les obtient sont si actives et par conséquent si difficiles à manier, qu'on a toujours fait des vœux pour que l'art possédât quelque moyen à la fois plus sûr et moins dangereux. Ce vœu, nous croyons pouvoir le dire, nous paraît rempli par la potion de M. le docteur Darbon, laquelle semble réunir, comme nous le verrons bientôt, le double avantage de la certitude et de la sécurité.

Pour constater d'une manière authentique, en quelque sorte, l'efficacité du nouveau remède qu'il emploie depuis plusieurs années, M. Darbon désirait l'administrer en présence d'un certain nombre de médecins des hôpitaux

de Paris. Il s'adressa dans ce but à ceux de l'hôpital de la Charité : sa proposition fut accueillie ; on fit disposer convenablement un certain nombre de pièces dans cet hôpital, et huit personnes atteintes du tænia y furent conduites le 6 mai 1824. A sept heures du matin, en présence de MM. Lerminier, Chomel et Fouquier, elles prirent la potion anthelmintique dont il s'agit ; et afin d'éloigner tout soupçon de supercherie, plusieurs élèves de la maison se chargèrent de surveiller les malades tout le temps que durerait l'effet du remède. On me proposa de suivre l'expérience dans tout son cours, et comme il ne pouvait s'offrir une meilleure occasion d'étudier les accidens que peut produire le tœnia, je recueillis avec soin l'histoire des huit malades dont il s'agit et qui font l'objet des observations suivantes.

Tous ces malades, ayant évacué en assez peu de temps un ou plusieurs vers plats, on pouvait légitimement conclure de ce fait en faveur du nouveau remède. Néanmoins dans le dessein de produire un nouveau degré de conviction, M. Darbon a imaginé de soumettre quatre mois plus tard, les personnes qui avaient déjà pris son remède, à une nouvelle expérience qui fût en quelque sorte la preuve de la première ; c'est-à-dire, de leur administrer une seconde fois ce même remède, tandis que des individus qui n'avaient pas encore subi son traitement, le prendraient, tiré de la même bouteille. Si la potion avait déterminé, quand elle fut donnée pour la première fois, l'expulsion complète du tænia, elle devait rester sans effet sur les premiers malades, et être suivie de la sortie du ver chez les autres ; ce qui est arrivé. Cette seconde expérience fut faite les 9 et 30 septembre dernier. Deux nouveaux malades prirent la potion anthelmintique pour la première fois, et leur histoire fait l'objet des 9e et 10e observations.

*Observation* I. — Une femme, âgée de dix-neuf ans,

d'une constitution assez forte, d'une petite taille, avait été très-sujette aux vers dans son enfance, et rendait fréquemment depuis lors des anneaux de tœnia. Sa santé n'en avait pas été sensiblement altérée jusqu'à l'âge de seize ans. Mais à cette époque, ayant pris une potion purgative, elle rendit plusieurs aunes d'un ver plat, et peu de jours après, une perte qui dura trois à quatre mois, accompagnée de crachement de sang, de diarrhée, de coliques, et de douleurs dans l'hypocondre gauche. Elle maigrit beaucoup : mais ces accidens passés, elle recouvra son embonpoint et ses forces, ou du moins à peu de chose près, n'ayant plus que quelques coliques à des intervalles peu rapprochés. Les mêmes symptômes reparurent chaque année à peu près à la même époque et pendant le même temps. La malade rendait presque tous les jours des fragmens de tænia, quelquefois même dans l'intervalle des selles. Son appétit devint très-inégal, et depuis deux ans elle était obligée de manger très-souvent, de la viande surtout, les autres mets ne pouvant la rassasier. La digestion était pénible; et si elle tardait à satisfaire son appétit, elle éprouvait dans l'abdomen une sensation incommode qu'elle comparait à des soubresauts. Elle avait souvent du prurit au pourtour de l'anus, et depuis trois ans des bourdonnemens d'oreille assez fréquens, des maux de tête, quelquefois des engourdissemens et de la faiblesse dans les membres. D'ailleurs, point de démangeaison à l'extrémité du nez, point de dévoiement, si ce n'est à l'époque des pertes.

On avait essayé beaucoup de remèdes, entre autres celui de la veuve Nouffer, la térébenthine, etc., et toujours sans soulagement bien marqué.

Le jour où nous observâmes la malade, elle offrait les apparences de la santé, n'avait ni céphalalgie ni douleurs dans l'abdomen; l'appétit était vif, la langue un peu villeuse; les pupilles naturelles; il n'y avait de prurit ni au

nez ni au pourtour de l'anus. Immédiatement après la potion elle sentit un léger dégoût de quelques minutes, sans éprouver la moindre colique ; et comme elle n'avait pas encore eu de selles deux heures après-midi, on lui donna un lavement simple qui détermina la sortie d'un grand nombre de fragmens du tœnia. Au milieu d'eux se trouvait un petit cordon applati, d'un millimètre de large environ, terminé à l'une de ses extrémités par une saillie sur laquelle se trouvaient trois points noirs disposés en triangle. Un second lavement détermina encore l'évacuation d'un nombre très-considérable d'anneaux sans tête.

Le 9 septembre suivant, la malade fut soumise à la seconde épreuve. La potion n'excita ni dégoût, ni coliques, et n'eut d'autre effet que de déterminer l'évacuation de quelques matières excrémentitielles sans fragmens de ver. La malade jouissait de la plus parfaite santé ; assurait que trois jours après l'expulsion du tœnia l'appétit était devenu régulier, moins considérable qu'auparavant ; que ses forces, un peu diminuées lorsque nous la vîmes pour la première fois, s'étaient promptement rétablies ; que les maux de tête et les douleurs dans les membres avaient complètement disparu. Elle était devenue enceinte et n'avait pas éprouvé de nouvelle perte.

*Obs.* II. Une femme âgée de trente-cinq ans, d'un caractère vif et emporté, rendait presque à chaque selle depuis quatre ans des morceaux de tœnia. Dès le principe, diminution de l'appétit, amaigrissement, douleurs fréquentes dans la fosse iliaque du côté droit et bientôt à l'épigastre ; prurit au pourtour de l'anus et à l'extrémité du nez, quelquefois insupportable ; souvent aussi sensation incommode dans l'abdomen, comparée à celle qui serait produite par une secousse intérieure ; céphalalgie ; douleurs dans les membres, insomnie. Ces douleurs, plus ou moins fortes et durables, revenaient à peu près tous les

huit jours. A ces divers symptômes s'étaient joints depuis deux années des bourdonnemens d'oreille; la vue s'était affaiblie et se fatiguait de la moindre application. Les règles n'avaient pas cessé de venir au temps et de la manière accoutumés; il n'y avait eu ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée. Plusieurs remèdes, et entre autres celui de Nouffer avaient été employés dès le principe sans succès. La plupart avaient fait rendre des longueurs assez considérables du tœnia; mais les symptômes et surtout les douleurs de ventre n'avaient que peu ou point diminué; les matières excrémentitielles étaient toujours accompagnées d'un plus ou moins grand nombre de fragmens de ver. Ces fragmens étaient plus nombreux après le bain, au printemps et quand la malade mangeait des huîtres, que dans toute autre circonstance.

Le 7 mai, cette femme était peu affaiblie, sans appétit; sa langue était un peu rouge au pourtour, blanche et villeuse au centre, l'épigastre un peu douloureux, le prurit aux narines et au pourtour de l'anus assez considérable. Il y avait des douleurs contusives dans les membres. Les pupilles étaient dans l'état naturel. — La potion fut prise avec un peu de dégoût, et ne causa qu'un léger sentiment de pesanteur à l'épigastre sans colique. Vers midi deux selles amenèrent beaucoup d'articulations de tœnia, séparées ou réunies en plus ou moins grand nombre, de la longueur d'une à six lignes et même plus. Parmi ces débris de ver se trouvait une sorte de filament très-étroit de la longueur de trois quarts de pouce, à l'extrémité duquel nous ne pûmes découvrir la tête.

A dater de ce jour, la malade cessa d'observer des anneaux de tœnia dans les évacuations alvines; mais comme il lui restait encore quelques douleurs de ventre, elle ne voulut pas subir la seconde épreuve.

*Obs.* III. — Une femme âgée de trente ans, d'une

constitution médiocrement forte, avait une mauvaise santé depuis dix ans et rendait fréquemment depuis dix-huit mois des morceaux de tœnia. Elle était sujette depuis la première époque à des accès d'hystérie qu'elle attribuait à de vives frayeurs. L'évacuation menstruelle avait beaucoup diminué depuis sept ans, durait à peine une demi-journée, souvent précédée ou suivie d'une abondante hémoptysie. Dès l'époque à laquelle on aperçut les premiers fragmens du ver, l'appétit devint irrégulier, quelquefois nul ou très-déprimé, quelquefois très-considérable; et alors il obligeait la malade à manger à chaque instant. L'épigastre était souvent le siège d'une douleur lancinante et piquante; la digestion difficile, à moins que l'appétit ne fût très-vif. Il y avait de fréquentes coliques dans toute l'étendue de l'abdomen, beaucoup de prurit au pourtour de l'anus, à l'extrémité du nez, quelquefois même à tout le cuir chevelu. Souvent encore la malade rendait dans l'intervalle des selles des fragmens de tœnia. Elle avait pris le 9 juillet de l'année dernière le remède de Nouffer qui avait procuré l'évacuation de plusieurs aunes de ver, et amené une amélioration peu considérable. Les douleurs avaient continué, quoique moins fortes, et bientôt les autres symptômes avaient reparu avec la même intensité qu'auparavant. Depuis longtemps la malade n'avait pas huit jours de santé de suite. Elle maigrissait depuis deux ans.

Le jour où la potion anthelmintique lui fut administrée, elle avait des malaises, la bouche pâteuse et amère, peu d'appétit; mais elle ne souffrait ni à l'épigastre ni à l'abdomen; la veille elle en avait beaucoup souffert et quatre jours avant, le crachement de sang avait été abondant. Les pupilles étaient naturelles; il n'y avait aucune espèce de prurit. La potion ne fut suivie d'aucun malaise, d'aucune douleur. Une première selle provoquée par un lavement simple amena plusieurs pieds d'un tœnia légèrement ver-

dâtre, formé d'articulations d'une demi ligne à deux lignes de haut, sur une largeur à peu près égale. Parmi les fragmens qui furent successivement évacués, on en trouva sept extrêmement minces terminés chacun par un renflement triangulaire : c'était la tête d'autant de tœnia.

Quatre jours après, la douleur à l'épigastre avait entièrement disparu; il n'y avait de prurit ni à l'extrémité du nez ni au pourtour de l'anus, l'appétit était revenu à son état naturel : et pendant les quatre mois qui suivirent, les règles plus abondantes reparurent à leur époque ordinaire et sans hémoptysie : la malade reprit plus de fraîcheur et d'embonpoint. Elle était extrêmement satisfaite de sa situation quand elle revint le 9 septembre se soumettre à la seconde épreuve; elle ne désirait rien que la continuité de l'état dans lequel elle se trouvait. La potion ne produisit que l'évacuation de quelques matières excrémentitielles sans amener de fragmens de tœnia.

*Obs.* IV. — Un employé de Versailles, d'une petite taille et d'une constitution peu forte, fait prisonnier de guerre en Espagne en 1812, fut conduit en Angleterre où il resta plusieurs années. Depuis lors il rendait presque journellement quelques anneaux de ver solitaire : l'appétit avait peu varié, la digestion était restée facile, il n'y avait point eu de douleur à l'épigastre. Les coliques ordinairement rares étaient devenues très-fortes en 1823, et n'avaient pas été suivies de diarrhée : d'ailleurs point de dégoût, de nausées ou de vomissemens, de prurit au pourtour de l'anus ou à l'extrémité du nez : l'amaigrissement avait été peu sensible. Depuis 12 ans aussi le malade toussait d'une manière continue; la dyspnée quoique légère était constante, il avait eu quelques hémoptysies, et ces symptômes qui annonçaient le développement de tubercules dans les poumons, étaient d'accord avec le résultat de l'auscultation, au moyen de laquelle on entendait, sous la clavicule droite, la pec-

toriloquie imparfaite. La toux avait un peu augmenté depuis six mois. Depuis le même temps il y avait plus ou moins de céphalalgie et quelquefois des douleurs dans les membres. A l'exception d'une dose d'huile de ricin qui n'avait produit aucun effet, le malade n'avait pris aucun remède.

Le 7 mai, la figure était un peu fatiguée; la langue naturelle, l'appétit modéré, le ventre indolent, les pupilles d'une largeur convenable; il n'y avait aucune espèce de prurit. La potion fut à peine suivie d'un léger malaise, et le malade rendit sans le secours de lavemens, plusieurs aunes d'un tænia dont les articulations de toute longueur, depuis dix lignes jusqu'à une demi-ligne et même moins, allaient en décroissant d'une extrémité à l'autre. Plusieurs articulations séparées furent encore rendues à la suite de quelques lavemens simples sans qu'on ait pu trouver la tête du ver.

Quelques jours après, le malade sentit un soulagement marqué, la respiration devint plus facile, la toux moins fréquente; les forces se rétablirent. Cette amélioration continuait encore au moment de la seconde épreuve, quoiqu'il eût éprouvé des chagrins cuisans: c'était le 30 septembre dernier. La potion n'eut d'autre effet que de produire deux évacuations alvines sans amener le moindre fragment de tœnia.

*Obs.* V. — Un Suisse du canton de Vaud, d'une taille moyenne et d'une constitution très-forte, rendit au mois de juillet 1823 et dans les premiers jours d'avril de cette année, à la suite d'un purgatif, plusieurs aunes de tœnia. Dans les six mois qui avaient précédé il avait eu des vomissemens fréquens, et depuis le premier purgatif ces vomissemens n'avaient lieu que quand il mangeait des carottes qu'il aimait beaucoup, et qui avaient été jusque-là sans inconvénient pour lui. L'appétit n'avait pas varié, la digestion, si l'on en excepte les trois dernières semaines,

avait toujours été facile. Cependant le malade se plaignait d'avoir fréquemment depuis 15 mois, des borborygmes; et quelques jours avant le dernier purgatif il avait eu, à deux reprises différentes, de très-violentes coliques. Elles n'avaient été suivies d'aucune évacuation. Depuis un an il éprouvait de fréquentes douleurs dans les reins, beaucoup de prurit soit aux narines, soit au pourtour de l'anus; il avait tous les matins un sentiment de faiblesse dont il ignorait la cause.

Le 7 mai, ce jeune homme offrait toutes les apparences de la meilleure santé, n'éprouvait ni douleur, ni prurit dans aucune partie du corps; les pupilles étaient de grandeur naturelle. Peu après avoir pris la potion, il accusa un sentiment de pesanteur incommode à l'hypogastre et plus de liberté dans la région de l'estomac. Il n'eut ni dégoût ni coliques; et comme il n'avait pas encore eu d'évacuation à une heure et demie, on lui donna un gros de rhubarbe. Une heure après il rendit, au milieu d'une assez grande quantité de matières fécales, plusieurs pieds d'un tænia dont les plus grandes articulations avaient de six à sept lignes de largeur et trois quarts de ligne de hauteur. Elles étaient fort étroites à l'une des extrémités. Quelque soin qu'on mît à examiner le produit de cette première évacuation et de celles qui la suivirent, on ne put découvrir la tête du ver.

Dès lors le malade n'eut ni borborygmes ni douleurs dans les reins; les coliques ne se renouvellèrent pas, il n'eut plus de démangeaison au pourtour de l'anus ou aux narines; les carottes furent parfaitement bien digérées; le sentiment de faiblesse qui existait le matin disparut, et le jour où nous le revîmes pour la contre-épreuve, sa physionomie animée, peut-être par la satisfaction, était encore meilleure qu'à l'époque où il prit le remède pour la première fois. Comme chez les autres sujets, la potion n'eut qu'un simple effet évacuant et ne détermina la sortie d'aucun fragment de tœnia.

*Obs.* VI. — Un tourneur en bois, habitant Versailles, d'une petite taille et d'une assez forte constitution, quoiqu'ayant éprouvé plusieurs maladies graves, rendit il y a neuf ans environ, à la suite d'un purgatif dont il faisait assez fréquemment usage (pilules de Clérembourg), plusieurs anneaux de tænia. Depuis lors il en avait remarqué presque journellement au milieu des selles, quelquefois même il en avait trouvé dans ses vêtemens, et assurait en avoir rendu 80 aunes il y a quatre ans, à la suite du remède de Nouffer. Alors il avait passé quelques mois sans apercevoir de fragmens de ver dans les évacuations alvines; mais le soulagement fut de peu de durée. Bientôt il essaya de nouveaux moyens, et huit mois avant de se soumettre au traitement de M. Darbon, il était encore retourné au remède de Nouffer dont il avait pris une double dose sans succès. Depuis deux ans l'appétit avait diminué; il éprouvait une pesanteur incommode à l'épigastre après le repas, des coliques presque journalières, sans le moindre changement dans la consistance et le nombre des selles, sans nausées et sans vomissemens. Le prurit à l'anus était continuel et avait devancé les autres symptômes; il n'y avait eu ni céphalagie ni prurit nasal; la vue et l'ouie étaient restées intactes; mais le malade se plaignait d'éprouver presque continuellement depuis quatre années des fatigues dans les membres, d'avoir perdu la meilleure partie de ses forces et de ne pouvoir se livrer que très-imparfaitement à ses occupations, de manière à ne faire que des demi-journées.

Le 7 mai, la figure était peu animée, mais sans altération, les pupilles dans l'état naturel, l'appétit médiocre, la langue humide, nette et sans rougeur; il n'y avait ni coliques ni prurit à l'anus. Le malade n'éprouva aucune sensation douloureuse après avoir pris sa potion, et rendit à une heure et demie plusieurs aunes de tœnia et un grand nombre d'articulations séparées, de toute hau-

teur. Parmi elles se trouvait une espèce de filament très-ténu, terminé par un renflement noirâtre, qui nous parut la tête du ver.

Deux jours après, l'appétit était redevenu excellent, la digestion facile, il n'y avait plus de coliques ni de douleurs à l'épigastre, les selles étaient dépourvues de fragmens de ver; le sujet n'éprouvait plus de malaise, pouvait se livrer sans interruption à ses travaux. Le prurit à l'anus avait cessé après quinze jours seulement. Il se trouvait si heureux de sa nouvelle position, quand il revint à l'hôpital le 9 septembre se soumettre à la contre-épreuve, qu'il lui semblait parfois être revenu à sa première jeunesse : il avait pris un peu d'embonpoint, et l'amaigrissement qui s'était prononcé les six derniers mois de sa maladie avait promptement disparu. La potion n'eut d'autre effet que de déterminer la sortie de quelques matières excrémentitielles, dépourvues de fragmens de tœnia. Elle ne produisit ni malaise ni coliques.

*Obs.* VII.— Un maçon de Pantin âgé de 41 ans, un peu replet, d'une petite taille, d'une constitution forte, rendait depuis dix années, au printemps surtout, des fragmens de ver solitaire. Dans l'année 1819, à la suite d'un purgatif, il en avait évacué la longueur de plusieurs pieds; dès-lors, il avait éprouvé un peu de soulagement, et pendant l'espace de deux mois, il n'y eut pas d'anneaux de tœnia dans les matières excrémentitielles. L'appétit et la digestion n'avaient pas cessé d'être réguliers; mais du moment où il avait aperçu les premiers anneaux du ver, il avait éprouvé de l'étouffement et des douleurs piquantes à l'épigastre, dès qu'il était un peu trop longtemps à jeun. Quelquefois aussi, dans des circonstances variées, il avait des douleurs à l'hypogastre. Le prurit à l'anus existait depuis le début, toujours proportionné au nombre d'anneaux rendus, et par cette raison plus considérable au printemps qu'à toute autre époque de l'année.

Outre ces anneaux mêlés au produit des selles, il en tombait encore assez fréquemment dans leur intervalle dans les vêtemens du malade. D'ailleurs jamais de céphalalgie, de douleurs dans les membres, de diarrhée, d'altération de la vue, point d'amaigrissement, et il n'y avait eu que très-rarement un peu de prurit à l'extrémité du nez.

Le 7 mai le malade offrait tous les dehors de la santé; sa coloration semblait naturelle; les pupilles avaient une grandeur convenable; il n'avait de prurit nulle part, de douleurs dans aucun point; la langue était parfaitement nette et humide. Il n'éprouvait habituellement que de légères incommodités, assurait n'être venu se faire traiter que pour céder aux instances de sa femme, et aussi parce qu'il lui semblait que son ver changeait de place. Un quart-d'heure après avoir pris la potion, il sentit des douleurs à l'hypogastre pendant vingt minutes environ et rendit vers une heure au moins deux cents articulations séparées de tænia. Parmi elles se trouvaient des bandelettes étroites et longues à l'extrémité desquelles nous ne pûmes néanmoins trouver la tête du ver.

Le malaise qu'il éprouvait à l'épigastre quand il était quelque temps à jeun, cessa quinze jours après l'administration du remède: dès-lors point de prurit, point de douleurs à l'hypogastre. Le teint fut encore plus vermeil; et quand nous vîmes le malade le 9 septembre, sa figure nous sembla plus pleine qu'auparavant. La potion ne produisit pas la moindre colique, et les selles qui en furent le résultat ne contenaient pas de fragment de ver.

*Obs.* VIII. — Un enfant de douze ans et demi, d'une constitution forte, et fils du malade qui fait l'objet de la précédente observation, avait depuis quinze mois du prurit au pourtour de l'anus, des coliques assez fréquentes, des picotemens à l'épigastre et rendait souvent, soit au milieu des évacuations alvines, soit dans leur intervalle, des anneaux de tænia; quelquefois aussi des vers ronds. La

digestion avait été difficile par intervalles; mais il n'y avait pas eu d'amaigrissement, de diminution de l'appétit, de céphalalgie, de prurit nasal, de crampes, de douleurs dans les membres, ni de diarrhée.

Le 7 mai, quand nous vîmes cet enfant, nous lui trouvâmes un teint excellent, la langue nette et humide, les pupilles dans l'état naturel; il n'avait de prurit dans aucun point; en un mot, il paraissait jouir d'une bonne santé. Un quart-d'heure après avoir pris la potion, il eut pour quelques minutes des douleurs à l'hypogastre. A onze heures, n'éprouvant encore aucun besoin d'aller à la selle, on lui fit prendre une seconde dose de la potion, mais elle fut rejetée en partie. Trois lavemens simples animés avec un peu de sel lui furent successivement donnés; bientôt il rendit un grand nombre d'articulations de tœnia et avec elles une espèce de bandelette longue et très-étroite terminée par un renflement sur lequel se trouvaient trois points noirâtres.

Dès-lors les symptômes indiqués disparurent complétement, et quand, au mois de septembre, le sujet vint subir la contre-épreuve, nous lui trouvâmes un peu plus d'embonpoint qu'auparavant; ses couleurs étaient encore plus fraîches. Il n'avait pas évacué depuis le mois de mai d'anneaux de tœnia; il n'en rendit pas non plus le 7 septembre à la suite de la potion anthelmintique, dont tout l'effet se borna à l'évacuation de quelques matières fécales.

*Obs.* IX. — Un homme âgé de soixante-quatorze ans, d'une constitution un peu délicate, sujet à des douleurs articulaires depuis trente ans, s'aperçut au mois de juin dernier en allant à la selle qu'il rendait des fragmens de tœnia. Depuis quinze mois l'appétit avait sensiblement augmenté; le malade avait des coliques fortes et fréquentes, mais jamais de diarrhée; il avait un peu maigri; sa digestion était devenue laborieuse depuis sept mois; d'ailleurs

point de prurit, de céphalalgie ou de douleurs dans les membres.

Le 9 septembre, jour où plusieurs des malades qui font le sujet des observations précédentes étaient soumis à la contre-épreuve, il prit sa part de la potion qui leur avait été administrée. Ses pupilles étaient dans l'état naturel. Il paraissait un peu fatigué, mais il ne nous offrit aucun symptôme digne d'attention. Une heure après avoir pris le remède, il sentit de l'embarras dans le ventre, se plaignit de coliques sourdes à l'hypogastre, et trois quarts-d'heure plus tard il eut une selle copieuse qui entraîna un grand nombre d'articulations de tœnia. Parmi elles se trouvait une bandelette longue de trois pouces, extrêmement étroite, et terminée à l'une de ses extrémités par un renflement sur lequel on distinguait trois points noirâtres disposés en triangle. Les articulations, presque toutes séparées, étaient de diverses grandeurs, avaient d'une demi-ligne à huit lignes de hauteur.

*Obs.* X. — Un ouvrier âgé de quarante-neuf ans, gros et court, d'une constitution assez forte, demeurant à Bavot près Lisy, se plaignait d'avoir la santé plus ou moins chancelante depuis dix ans. Dès-lors il rendait presque journellement des anneaux de tœnia, soit en allant à la selle, soit dans l'intervalle des évacuations alvines. Il en avait rendu à différentes reprises des fragmens de plusieurs aunes et n'avait jamais éprouvé de prurit à l'anus. Souvent il avait des douleurs dans la fosse iliaque du côté droit; l'appétit avait sensiblement diminué; les garde-robes étaient restées parfaitement régulières. Il se plaignait aussi d'avoir très-fréquemment, tous les huit jours environ, depuis la même époque, des douleurs dans les membres, assez considérables pour l'empêcher de travailler. Elles avaient beaucoup augmenté depuis quatre ans; des crampes s'y étaient jointes dans la dernière année; le malade avait perdu de ses forces, et c'est surtout

dans le dessein de mettre un terme à ses douleurs et à sa faiblesse qu'il était venu à Paris prendre la potion anthelmintique de M. Darbon; d'ailleurs jamais de céphalalgie, de diarrhée, de douleurs à l'épigastre.

Le 30 septembre dernier il prit avec quelques-uns des malades qui étaient venus pour la contre-épreuve la potion indiquée. L'appétit était très-médiocre, la langue un peu pâle; la physionomie sans altération; les forces sensiblement diminuées; les selles parfaitement régulières. Une demi-heure après il eut quelques coliques bientôt suivies d'une petite évacuation alvine dépourvue de fragmens de ver. A cette première évacuation en succédèrent d'autres sollicitées par des lavemens, au milieu desquelles se trouvait un grand nombre d'anneaux de tœnia de toutes les hauteurs; puis plusieurs bandelettes d'une demi-ligne de large, formées par la réunion de plusieurs articulations extrêmement petites; l'une d'elles était terminée par un renflement un peu noirâtre; et peu avant ce renflement, que nous considérâmes comme la tête du ver, le cou s'épaississait d'une manière très-sensible dans la longueur d'un demi-pouce environ.

*Analyse des observations précédentes.* — La simple exposition des faits suffirait pour justifier ce que nous avons dit au commencement de ce mémoire sur l'efficacité du nouveau remède. Nous y reviendrons néanmoins tout-à-l'heure d'une manière plus spéciale quand nous aurons passé en revue les symptômes éprouvés par les malades, et indiqué leur importance relative par rapport au diagnostic.

Plusieurs des sujets dont nous avons donné l'histoire étaient dans l'aisance; tous faisaient habituellement usage d'une bonne nourriture, après comme avant l'apparition des premiers symptômes qui tenaient à l'existence du tœnia. L'un d'eux rendit les premiers fragmens du ver au moment où il fut fait prisonnier en Espagne, et alors il n'avait quitté la France que depuis quelques mois.

Si dans ce cas la mauvaise nourriture n'a pu avoir d'influence sur les premiers développemens du tænia, on pourrait lui en attribuer une plus ou moins grande sur son développement ultérieur; mais la chose nous paraît bien douteuse et notre proposition n'en reste pas moins exacte.

L'âge des sujets variait de douze à soixante-quatorze ans. Tous à l'exception de deux (*obs.* 4, 9) étaient d'une bonne constitution et rarement malades. Ils faisaient remonter le début de leurs diverses incommodités au moment où ils avaient aperçu les premiers anneaux du tænia. Leur genre de vie était assez actif, en sorte qu'on ne pouvait attribuer leur maladie ni à la mauvaise qualité des alimens, ni à l'âge, ni à la faiblesse de la constitution, ni aux maladies antérieures, ni à la vie sédentaire. Un tænia existait, avait donné lieu à des accidens variés; on ne savait rien au-delà.

La plupart des malades évacuaient des fragmens de ce ver depuis un grand nombre d'années, neuf, dix, douze ans; ou même depuis la plus tendre jeunesse; trois d'entre eux depuis quinze mois, dix-huit mois, un an (*obs.* 8, 3 et 5), et un quatrième depuis trois mois seulement. Ils en rendaient presque tous les jours, quelquefois même dans l'intervalle des selles; et alors ils en trouvaient des anneaux dans leurs vêtemens ou dans leur lit (*obs.* 1, 3, 7, 8, 10). Une seule personne (*obs.* 5) n'avait eu que deux évacuations accompagnées de tænia, toutes deux provoquées par des purgatifs.

A deux exceptions près, les malades faisaient remonter le début des accidens à l'époque à laquelle ils avaient observé les premiers fragmens du ver; et ces exceptions appartiennent à ceux des sujets dont la maladie était ou du moins semblait être la plus récente (*obs.* 5, 9). Ceci pourrait porter à croire que la plupart des autres n'ont fait remonter les premiers symptômes à l'époque à laquelle

ils ont vu des anneaux de tœnia dans leurs selles, que parce qu'ils avaient oublié ce qui avait eu lieu auparavant.

Aucune des personnes soumises au traitement n'était demeurée exempte de quelques dérangemens dans ses fonctions : mais ces dérangemens, très-faibles chez les unes, étaient assez considérables chez les autres pour qu'elles recherchassent avec empressement tous les moyens capables de les en débarrasser. Ces personnes avaient déjà subi et sans succès plusieurs espèces de traitemens.

Les principaux symptômes étaient des coliques, des douleurs de ventre d'un caractère varié, le prurit au pourtour de l'anus et à l'extrémité du nez, un dérangement plus ou moins marqué de la digestion et de l'appétit, des douleurs à l'épigastre ; rarement la céphalalgie, souvent au contraire des douleurs, des lassitudes dans les membres ; en sorte que plusieurs malades ne se livraient que bien imparfaitement depuis plusieurs années à leurs occupations, et étaient forcés de les interrompre quelquefois.

Le plus fréquent de ces symptômes était la douleur de ventre. Elle existait chez tous les malades, mais à des degrés très-différens ; tantôt sous forme de colique, tantôt avec un caractère difficile à bien apprécier. Cette dernière espèce de douleurs avait son siège dans les flancs, et comme les coliques, elle était intermittente, revenait à des intervalles plus ou moins rapprochés. Celles-ci étaient plus ou moins générales, et ordinairement très-fréquentes. Néanmoins un des malades (*obs.* 5) n'eut de coliques qu'à deux reprises, mais violentes et seulement quelques jours avant de prendre la potion. Ces coliques n'étaient point accompagnées ni suivies de diarrhée. Un seul cas fait exception : celui d'une femme qui avait depuis quatre années une fois l'an une perte considérable, accompagnée de crachemens de sang, de coliques et d'évacuations alvines nombreuses et liquides.

Après les douleurs de ventre vient dans l'ordre de la fréquence des symptômes le prurit au pourtour de l'anus. Nous ne l'avons vu manquer que dans trois cas, et ce qui peut-être causera quelque surprise (*obs.* 10), chez un malade qui rendait presque journellement des anneaux de tœnia, même dans l'intervalle des selles. Ce fait, tout singulier qu'il paraisse, n'a cependant rien de plus extraordinaire que l'insensibilité au chatouillement qu'on observe chez un grand nombre de personnes.

Le prurit à l'extrémité du nez était plus rare, et a manqué dans les trois cinquièmes des cas; une fois seulement dans un de ceux où la démangeaison au pourtour de l'anus n'existait pas; en sorte que ce cas est le seul dans lequel il n'y ait pas eu de prurit dans l'un ou l'autre point.

L'appétit, généralement augmenté depuis plusieurs mois chez un des sujets (*obs.* 9), n'avait pas subi d'altération sensible chez d'autres (*obs.* 4, 5, 7, 8), tandis que dans le reste des malades il était habituellement déprimé ou sujet à des alternatives d'augmentation et de diminution quelquefois considérables (*obs* 1, 3). Il était difficile à satisfaire, obligeait à manger très-fréquemment dans quelques cas; et ces cas, il faut le remarquer, sont fournis par des femmes. L'une d'elles ne pouvait se rassasier momentanément avec d'autres mets que la viande.

C'est encore chez les femmes et uniquement chez elles qu'on observait d'assez vives douleurs à l'épigastre (*obs.* 2, 3). On pouvait dans un des cas les attribuer à la violence des remèdes qui avaient été employés, ou du moins croire qu'ils y avaient beaucoup contribué (*obs.* 2), puisque ces douleurs avaient persisté après l'expulsion du ver. Dans l'autre elles étaient le résultat de sa présence dans le canal intestinal, et ont cessé après son évacuation. Un troisième malade se plaignait d'éprouver de la pesanteur à l'épigastre après le repas. Les autres n'avaient point de sensation pénible dans cette partie.

Un seul avait eu des vomissemens assez nombreux dans les six mois qui précédèrent l'époque à laquelle il rendit les premiers fragmens de tænia (*obs.* 5). Dès-lors ces vomissemens devinrent plus rares, ne se renouvelèrent que quand le malade mangeait des carottes qu'il aimait beaucoup et qu'il avait mangées sans inconvénient jusques-là. Ce symptôme disparut, comme nous l'avons dit, après l'expulsion complète du ver.

La céphalalgie était rare. Elle existait depuis six mois chez un individu qui avait des tubercules pulmonaires, et dont la toux avait très-sensiblement augmenté depuis la même époque. On pouvait par cette raison la rapporter en grande partie à cet excès de toux. Mais elle semblait dépendre de la présence du tœnia chez les deux femmes qui font l'objet des premières observations, et qui se plaignaient de maux de tête depuis deux et quatre années.

Le plus grand nombre des malades éprouvait depuis long-temps des douleurs, des lassitudes, quelquefois des crampes dans les extrémités. Ces douleurs et ces lassitudes étaient par-fois assez considérables pour les obliger à suspendre leurs travaux; plusieurs ne s'y livraient qu'avec peine, et cette raison plus qu'aucune autre les déterminait à essayer un nouveau remède.

Aux symptômes dont il vient d'être question, s'était joint dans la plupart des cas un certain degré d'amaigrissement. Il n'était considérable dans aucun et n'avait commencé qu'une ou plusieurs années après l'apparition des premiers fragmens de tænia. Dans un seul cas il remontait à une époque un peu antérieure; mais encore ne s'était-il montré que postérieurement aux douleurs de ventre (*obs.* 9.)

Les femmes ont accusé quelques bourdonnemens d'oreilles. L'une d'elles (*obs.* 1) se plaignait d'avoir eu quelquefois la vue un peu obscurcie; mais chez tous les malades la pupille était dans l'état naturel. Ce fait, quoique négatif,

n'en est pas moins remarquable ; car s'il n'est pas la preuve que la dilatation de la pupille ne soit jamais un des symptômes qui résultent de la présence des vers dans les intestins, il indique au moins qu'il n'est pas un des plus fréquens, et que son absence est de bien peu d'importance dans les considérations qui doivent diriger le médecin pour établir le diagnostic de l'affection dont il s'agit.

C'était donc chez les femmes qu'on observait la plus grande variété de symptômes. De plus que les hommes elles avaient la céphalalgie, les bourdonnemens d'oreilles, quelquefois le trouble de la vue, les douleurs de l'épigastre et une altération ordinairement profonde de l'appétit.

Si la prompte disparition des symptômes que nous venons d'étudier, après l'expulsion du tænia, montre assez quelle en est l'origine ; leur fréquence, aussi bien que leur rareté, nous indiquera ceux dont la réunion peut assurer le diagnostic de la maladie, quand on ne découvre pas de traces de ver au milieu des évacuations alvines. Nous venons de voir que tous les malades avaient éprouvé, depuis, et quelquefois avant la sortie du tænia, des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes, quelquefois considérables, répétées à des distances plus ou moins rapprochées ; que ces coliques n'étaient suivies ni accompagnées de dévoiement : que dans presque tous les cas au contraire elles étaient accompagnées de prurit au pourtour de l'anus ou aux narines : nous pensons par cela même, que quand des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes et fréquentes, mais sans diarrhée, se sont reproduites pendant un certain temps, accompagnées de prurit à l'anus ou à l'extrémité du nez, elles indiquent d'une manière presque certaine l'existence d'un ver dans le canal intestinal. Ces symptômes ont par leur réunion quelque chose de très-remarquable ; on ne les rencontre tels que dans les affections vermineuses,

on ne les conçoit bien qu'avec elles, double raison de les croire propres à indiquer leur existence.

D'autres symptômes tels que l'amaigrissement, les douleurs dans les membres, les lassitudes, l'éloignement pour le travail, doivent être remarqués, mais ils ne sont pas aussi fréquens que les premiers; ils n'ont, comme tant d'autres phénomènes nerveux dont est chargée la description des maladies vermineuses, rien de spécial, et par conséquent rien qui puisse leur donner une place parmi les symptômes diagnostiques. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complication, quand l'ensemble des symptômes indiqués a lieu, il doit paraître infiniment probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe des vers. Mais ces vers seront-ils des tœnia? C'est ce que nous ne nous chargeons pas de décider, n'ayant recueilli de faits relatifs aux affections vermineuses, que ceux dont nous venons de donner l'histoire.

Terminons ce que nous avons avions à dire par l'exposition du traitement. Tous les malades ont pris, sans préparation préalable et à jeun, la potion de M. le D. Darbon, à la dose de 8 à 10 onces ou à peu près. Cette potion, d'une couleur brunâtre, épaisse et trouble, a paru à quelques malades un peu aigre et d'un goût d'écorce d'orange, tandis que les autres ne lui ont trouvé aucune saveur déterminée. Elle n'a produit ni chaleur ni douleur à l'épigastre; un seul malade a eu des nausées peu après l'avoir prise. Le petit nombre a senti quelque malaise ou de légères coliques à l'épigastre; et l'un d'eux éprouvait, avec ces dernières, une sensation de légèreté à la région de l'estomac. Les femmes dont les douleurs de ventre avaient été souvent très-fortes n'en ont ressenti aucune, et les malades qui avaient éprouvé, lors de la première épreuve, de légères coliques, n'en ont point eu à la seconde; ce qui semblerait autoriser à les rapporter moins à l'action du médicament qu'au trajet du tœnia dans la longueur de l'intestin.

Des évacuations alvines, plus ou moins nombreuses, ont eu lieu trois, quatre et cinq heures, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, après l'administration du remède, accompagnées d'un plus ou moins grand nombre d'articulations de tœnia qui se trouvaient ordinairement comme brisées. Un seul des malades a eu sa première selle vingt minutes après avoir pris la potion, mais elle n'avait point amené de fragmens de ver. Dans plusieurs cas où les évacuations se faisaient trop long-temps attendre, on les a provoquées au moyen d'un lavement d'eau simple ou animé par une petite quantité de sel.

En même temps que le tœnia était expulsé, on retrouvait sa tête, du moins dans la plupart des cas, ce qui au rapport des auteurs, est très-rare. Ce fait n'est pas indigne d'être remarqué ; car en supposant que les médecins dont il s'agit aient mis à la recherche en question toute la patience nécessaire et qu'ils y aient employé les moyens convenables, on pourrait croire par cela seul que, s'ils échouaient si souvent, c'était parce qu'ils n'expulsaient le ver que très-incomplètement.

Le lendemain du jour où son remède fut administré, M. Darbon fit prendre chez lui à tous les malades traités à l'hôpital de la Charité, un médicament qu'il croit propre à *fondre les glaires*, puis et le surlendemain un minoratif destiné à l'évacuation des *foyers* d'où pourraient naître de nouveaux vers (1).

A la seconde épreuve les malades n'éprouvèrent, comme nous l'avons déjà dit, aucune douleur de ventre ; quatre mois pour les uns, quatre mois et demi pour les autres s'étaient passés depuis qu'ils avaient pris la potion anthelmintique pour la première fois, et aucun d'eux n'avait rendu le plus léger fragment de ver. Tous les accidens sans

(1) Tous les médecins ne s'accorderont peut-être pas sur la nécessité de cette partie du traitement de M. Darbon, mais il y attache assez de prix, pour que j'aie cru devoir en faire mention.

exception avaient disparu : les douleurs de ventre, les coliques avaient cessé, le prurit n'existait plus ; l'appétit était redevenu régulier, la digestion facile ; la figure était plus animée, les couleurs plus naturelles et plus fraîches, les forces en bon état, les douleurs et les lassitudes dans les membres complètement dissipées. Ceux des sujets qui ne se livraient depuis plusieurs années que très-incomplètement à leurs occupations, pouvaient s'y livrer tout entiers. L'amaigrissement avait disparu, et le retour complet à la santé s'était fait sentir deux ou trois jours, très-rarement plus tard, après l'expulsion du ver. Les personnes qui avaient fait usage d'autres remèdes à plusieurs époques n'avaient jamais éprouvé un soulagement d'aussi longue durée, et dans aucun cas les symptômes n'avaient complètement disparu.

On peut se demander maintenant de quelle manière agit le remède de M. Darbon, si c'est seulement comme moyen évacuant ou tout-à-la fois comme évacuant et comme ayant une action spécifique sur le ver dont il détruirait les forces, ou même dont il causerait la mort. Dans les trois cas où nos malades ont rendu de longues portions du tænia, nous n'avons aperçu aucun mouvement quoique nous ayons mis de ces vers dans l'eau tiède ; mais M. Darbon nous a dit avoir observé quelquefois ces mouvemens dans les mêmes circonstances. Cette espèce d'action spécifique écartée, resterait à savoir si la première existe réellement. Si la question n'est pas susceptible d'une solution rigoureuse, il paraîtra du moins très-probable, vu le faible effet purgatif de la potion, qu'elle agit à la fois comme évacuant et comme spécifique.

En dernière analyse la potion anthelmintique de M. Darbon est prise dans la plupart des cas sans répugnance par des personnes de tout âge et de tout sexe ; elle ne produit que rarement des coliques, et ces coliques sont à peine comparables à celles que détermine le purgatif le plus

doux, l'huile de ricin par exemple. Après un temps plus ou moins considérable, qu'on peut abréger au moyen de lavemens simples, elle provoque des évacuations au milieu desquelles existent des portions plus ou moins longues de tænia dont il est presque toujours possible de retrouver la tête. Cet effet a constamment lieu, quelle que soit la variété du ver. A la suite de ces évacuations, les accidens disparaissent complètement au bout de quelques jours; les malades reprennent leurs forces et leur embonpoint. Quand après quatre ou cinq mois on leur administre de nouveau la potion qu'ils avaient prise auparavant, elle ne provoque que la sortie de quelques matières excrémentitielles, sans le moindre fragment de ver, et devient ainsi une seconde preuve que la guérison a été parfaite. Aucun des remèdes les plus vantés jusqu'ici contre le tænia n'agit d'une manière aussi douce, aussi constamment efficace, et c'est ce qui nous a fait dire que cette potion réunissait le double avantage de la certitude et de la sécurité.

---

*Observation d'éléphantiasis des Arabes, tendant à prouver que cette maladie peut avoir pour cause première une lésion des veines avec obstacle à la circulation dans ces vaisseaux; par M.* J. Bouillaud, *D. M. P.*

En rendant compte de l'ouvrage de M. le D.r Alard (1), je crus pouvoir avancer que la maladie connue sous le nom *d'éléphantiasis des Arabes*, reconnaissait quelquefois pour cause une affection du système veineux, plutôt que du système lymphatique. Je promis d'offrir, à l'appui de cette opinion, une observation qui me paraît intéressante. Je la publie aujourd'hui.

(1) *Archives génér. de Médecine*, cahier du mois d'octobre dernier.

Une femme nommée Marie Abraham, âgée de 62 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé dans sa jeunesse, d'une bonne constitution, ayant cessé d'être réglée à 40 ans, entra à l'hôpital Cochin le 30 mai 1822. Il y avait deux ou trois mois qu'elle avait aperçu, sur son cou, quelques *glandes* de la grosseur d'un pois. Depuis cette époque, de semblables tumeurs se sont développées soit à la même région, soit aux aisselles, soit au dos et à l'abdomen ; aujourd'hui (époque de l'entrée à l'hôpital), leur volume varie depuis la grosseur d'un pois à celle d'une noix : elles se dessinent à travers la peau qui les recouvre et roulent au-dessous d'elle ; elles sont dures et tout-à-fait indolentes : *les membres abdominaux sont énormément enflés et d'une consistance lardacée* : la partie externe de la jambe droite est bleuâtre, et on y remarque de petites veines variqueuses : le ventre est tuméfié, saillant, dur ; la région des lombes est douloureuse ; il existe une constipation opiniâtre avec envies continuelles d'aller à la garde-robe : la langue est dans l'état naturel, et l'appétit assez bien conservé (*eau de Vichy; demi portion d'alimens.*) Pendant les trois mois suivans, le volume des membres, de l'abdomen et des tumeurs augmente, la respiration devient pénible, la face maigrit. Lorsque la malade se lève, et qu'elle se promène, ses membres inférieurs sont très-écartés l'un de l'autre, vu leur grosseur monstrueuse, ce qui lui donne une démarche toute particulière. Est-elle assise, elle appuie ses bras sur son fauteuil, comme pour former un point d'appui aux muscles inspirateurs (*aperit. oxym. scillit. et colchiq. Jul diurét.*) — Pendant le cours des deux mois suivans, les symptômes deviennent de plus en plus graves. Les membres inférieurs sont tellement volumineux et durs qu'ils ressemblent à ceux des individus affectés de *l'éléphantiasis des Arabes ;* la dyspnée est portée jusqu'à l'orthopnée, le visage et les mains ont une couleur violacée, la malade se désespère, passe les nuits dans l'insomnie la

plus cruelle, conserve de l'appétit, mais ne peut manger, parce que la moindre quantité d'alimens introduite dans l'estomac augmente la dyspnée et produit un étouffement insupportable. Cependant, dans la nuit du 26 octobre, la difficulté de respirer est extrême, la malade, les bras appuyés sur le lit, contracte avec violence tous les muscles inspirateurs; son visage est égaré, décomposé; épuisée par des efforts si prolongés, elle sent ses forces défaillir, ses bras se dérobent pour ainsi dire sous le poids du tronc qui tombe sur le lit et roule avec la tête vers la partie la plus déclive; enfin, elle fait quelques expirations bruyantes comme pour rejeter quelque chose qui lui serait tombé dans la gorge, et meurt, sur les six heures du matin, ayant conservé jusqu'alors toute sa connaissance.

*Autopsie cadavérique* 30 *heures après la mort.* 1°. Habitude extérieure. — Les membres inférieurs infiltrés sont énormes et tout-à-fait semblables à ceux des *éléphantiasiques.* La peau et le tissu cellulaire sous-jacent forment une couche d'*un pouce et demi d'épaisseur;* cette membrane ridée, nullement transparente, dure, présente l'aspect de la couenne de lard; à la face interne des cuisses et des jambes, elle est comme hérissée d'une infinité de petits tubercules, du volume d'un pois, mais moins arrondis, agglomérés de manière à former des espèces de grappes comme on en observe dans le *cancer* que M. Alibert nomme *globuleux.* Ces tubercules globuleux, identifiés avec le tissu même de la peau, n'en diffèrent qu'en ce que leur tissu est moins opaque; on dirait qu'ils sont produits par la combinaison *organique* de la sérosité avec la peau que ce liquide a pénétrée et soulevée; en étendant fortement la peau, et en pressant les petites tumeurs, elles s'effacent en grande partie, pour ne laisser à leur place qu'une sorte de vésicule enveloppée par l'épiderme épaissi; on ne distingue presque nul vaisseau dans leur tissu. Au cou, au dos, au ventre, existent des tumeurs saillantes dont les plus volumi-

neuses peuvent avoir la grosseur d'un œuf ordinaire, et les plus petites, celle d'un œuf de pigeon : elles sont composées d'un tissu analogue à celui du lard et qui se couvre de points rouges quand on l'incise; aucune d'elles n'est ramollie; elles adhèrent à la peau qui est amincie sur elles, et sont lâchement unies au tissu cellulaire environnant. — 2.° *Abdomen*. — Sa cavité contient une grande quantité de sérosité. Le péritoine est parsemé de tubercules du volume d'un grain de *chenevis* ou de *millet*, durs et dont quelques-uns ressemblent à des grains de grêle. Tous les ganglions de l'intérieur du ventre, mais surtout ceux du mésentère, engorgés, forment une grosse masse, dure, compacte, adhérente à la colonne vertébrale et comprimant l'aorte et la *veine-cave*. A partir de ce point, *la veine indiquée et toutes celles des membres inférieurs sont rendues imperméables par les gros caillots fibrineux et presque carnifiés dont elles sont obstruées*. Des ganglions tuméfiés, les uns sont de consistance albumineuse, les autres semblables à de la substance cérébrale ramollie. Toutes les franges intestinales contiennent des grappes flottantes de tubercules moins volumineux que ceux du mésentère, et dont quelques-uns sont ramollis au point d'être presque liquides. L'*utérus*, le *rectum*, la *vessie*, confondus ensemble par leurs surfaces correspondantes, forment une masse lardacée, cancéreuse, très-considérable et dont la surface est parsemée de granulations tuberculeuses (1). La membrane muqueuse de l'estomac, injectée, présente une

(1) Nous fûmes singulièrement frappés en ouvrant le ventre, d'y rencontrer une poche énorme contenant environ deux pintes d'un liquide rougeâtre et sale, offrant des fibres d'apparence musculaire dans son épaisseur et des espèces de colonnes séparées par autant d'ouvertures, ce qui formait une sorte de *réseau*. Cette vaste poche était partagée en deux compartimens par une ouverture en forme de valvule qui les faisait communiquer entr'eux. — Il nous fut impossible de nous faire une idée précise d'une production aussi extraordinaire.

rougeur d'un brun foncé. Le pylore, comprimé par le pancréas devenu cancéreux dans sa presque totalité, et par les ganglions environnans, est rétréci, sans être sensiblement désorganisé. Les intestins grêles présentent la même couleur que l'estomac; il en est de même du gros intestin jusqu'au rectum; le colon est ensuite dilaté, sans doute à raison du rétrécissement cancéreux du rectum. La cavité de l'utérus également cancéreux, est entièrement effacée. Le foie et les reins n'offrent aucune altération notable. 3° — *Poitrine.* — Elle contient de la sérosité, et présente de nombreues adhérences celluleuses. La plèvre, comme le péritoine, est couverte de tubercules. Les ganglions bronchiques du sommet de la poitrine sont énormes, et forment, par leur réunion, des masses lardacées, cancéreuses, parsemées de points noirs et d'une teinte rosée, quand on les coupe; le corps thyroïde, lui-même, est énorme, plus dur que dans l'état naturel, sans être néanmoins lardacé. Les poumons, peu volumineux, crépitans, sont d'un tissu rouge, et pénétrés d'une assez grande quantité de sang. Les bronches et leurs divisions sont évidemment comprimées par les ganglions volumineux qui les entourent. Leur membrane muqueuse est rougeâtre; le cœur est arrondi, plus petit que le poing du sujet; la cavité du ventricule gauche, dont les parois ont environ sept lignes d'épaisseur, contiendrait à peine un œuf de pigeon; ses colonnes sont plus grosses que celles du droit dont la cavité est plus grande que la sienne, bien qu'elle le soit moins que dans l'état naturel; les oreillettes ne sont pas rétrécies en proportion des ventricules; la droite est même dilatée ainsi que les veines qui s'y déchargent; le tissu du cœur est mou et facile à rompre; les orifices sont dans l'état sain. — 4°. *Crâne.* — Les méninges sont gorgées de sang; les ventricules contiennent à peine une cuillerée de sérosité; les plexus choroïdes présentent une rangée de vésicules hydatidiformes; la substance cérébrale est un peu molle.

*Réflexions.* — Si l'on se donne la peine de comparer cette observation avec l'*Histoire d'une religieuse de Sienne*, et celle d'une dame de Berlin, rapportées dans l'ouvrage de M. Alard (1), on verra qu'elle a avec elles des traits de ressemblance assez frappans. Quoiqu'il en soit, dans le cas que l'on vient de lire, il me semble que l'affection œdémateuse des membres abdominaux, analogue, sinon identique à l'œdème des femmes en couches, reconnaissait pour cause immédiate l'oblitération des veines crurales et celle du commencement de la veine-cave inférieure. Quant à cette oblitération elle-même, elle avait été probablement produite par la pression exercée sur la veine-cave de la part des masses cancéreuses et tuberculeuses énormes qui s'étaient développées dans la cavité abdominale. Le sang, ainsi arrêté dans son cours, se sera coagulé de proche en proche, de manière à former les concrétion fibrineuses que j'ai décrites plus haut. Les canaux destinés à recevoir la sérosité des membres inférieurs se trouvant obstrués, ce liquide s'est amassé dans le tissu cellulaire et cutané, s'est combiné peu à peu, pour ainsi dire, avec ce tissu et a constitué l'œdème en quelque sorte solide que nous avons rencontré après la mort. Au reste, je ne veux point revenir ici sur les considérations que j'ai présentées en faisant l'analyse de l'ouvrage de M. Alard. Je ne regarde l'observation précédente que comme un fait qui pourra servir peut-être quelque jour à éclairer l'histoire encore trop obscure de la maladie désignée sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*, et que M. Alard a décrite sous celui d'inflammation des vaisseaux lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés, dénomination qui ne me paraît pas pouvoir s'appliquer rigoureusement à un certain nombre de cas de la maladie en question.

L'observation que j'ai rapportée est, en outre, un exem-

(1) Page 190 et suivantes.

ple rare de diathèse cancéreuse, et sous ce dernier rapport, elle pourrait être le sujet de plusieurs réflexions importantes. Mais de semblables réflexions n'ont pas une connexion assez intime avec l'objet qui nous occupe ici, pour que j'essaye de les offrir aux lecteurs.

---

*Cas de transposition des viscères; recueilli à l'hôpital Cochin* (*service de M.* BERTIN) , *par M.* DUBLED, *élève interne.*

Jean-Baptiste Gosson, âgé de 20 ans, charpentier, d'une stature assez belle, entra à l'hôpital Cochin le 28 août 1824, se disant malade depuis 4 jours, ce qui ne coïncidait guère avec la pâleur générale du corps, et un commencement d'amaigrissement déjà sensible. Du reste, il ne se plaignait que de céphalalgie, d'étourdissemens, d'oppression et de battemens dans la tête (1), symptômes qui avaient succédé à un vomissement de sang. Le pouls était plein et fréquent; les battemens du cœur, examinés au sthétoscope, étaient forts, vifs, fréquens, étendus, surtout dans la cavité pectorale droite, où il semblait qu'il existât un second cœur. La langue était blanchâtre, humide; la soif modérée, le ventre souple et indolent; seulement le malade était constipé. (*Saignée du bras, boisson émol. lav. émol., bains de pieds sinap.*) On observe peu d'amélioration; les battemens dans la tête continuent et le malade reste à peu près dans le même état pendant trois ou quatre jours. Tout-à-coup, dans la nuit du 3 au 4 septembre, il est pris de vomissemens, et c'est du sang qu'il rend; les dérivatifs, les répercussifs, les boissons acidulées-gommées sont mis en usage, sans

(1) Les artères carotides battaient en effet avec une force extraordinaire.

pouvoir arrêter les vomissemens ; bien plus, ils s'étendent à tout ce que le malade prend, les boissons les plus douces sont rejetées, et parmi les matières vomies, on reconnut des portions de fibrine qui aurait été comme lavée. (*Sangsues à l'épigastre ; pot. anti-émét. de Rivière.*) Au bout de quelques jours de cet état, le ventre se balonne, la diarrhée survient, et depuis lors, continuation de l'amaigrissement, perte croissante des forces, état de sensibilité obtuse, et toujours battemens très-forts des artères carotides, du cœur et de l'aorte ventrale ; les battemens de cette dernière devinrent surtout sensibles à la fin de la maladie, par suite de la cessation du ballonnement du ventre, et de la rétraction consécutive des parois abdominales. (*Décoct. blanche ; riz gom., sirop de coing. ; demi-lavem. d'amidon avec laudanum gtt* vj *dans chaque ; potion avec teint. éth. de digit. pourp.* (1).) Malgré l'emploi de ces moyens, les symptômes précédens et surtout la diarrhée persistent au même degré pendant quinze jours, et conduisent insensiblement le malade à la mort qui arriva le 31 septembre.

*Autopsie faite 24 heures après la mort.* — La poitrine et le ventre ouverts, la première chose qui frappe les regards, c'est une transposition des organes renfermés dans ces deux cavités ; mais avant de la décrire, hâtons-nous de dire que tous les viscères étaient parfaitement sains, à l'exception de la portion descendante du colon et de la moitié de sa portion transverse, qui, noirâtres à l'extérieur, présentèrent à leur surface interne, un grand nombre de petites ulcérations jaunâtres, entremêlées de végétations rougeâtres, de la grosseur d'un grain de seigle ou de millet.

Le cerveau était sain. Le cœur était placé obliquement de gauche à droite, de manière que la base regardait la

(1) Dans l'intention d'agir sur la circulation, dont l'activité était si remarquable.

partie gauche de la poitrine, tandis que la pointe correspondait entre la sixième et la septième côtes droites. Sa paroi antérieure était formée, en grande partie, par le *ventricule droit* qui regardait à gauche, tandis que sa face postérieure, presque entièrement formée par le *ventricule gauche*, correspondait aux côtes droites. La partie interne de la base du *ventricule droit* présentait l'*oreillette droite*, dans laquelle venaient s'ouvrir les deux veines-caves situées l'une et l'autre sur le côté gauche de la ligne médiane. La partie interne de la base de ce même ventricule donnait naissance à l'artère pulmonaire, dont la branche qui va ordinairement au poumon gauche se dirigeait à droite. La base du ventricule gauche présentait, en arrière et en dehors, l'oreillette gauche, regardant, comme le ventricule, à droite; et en dedans cette même base du ventricule gauche donnait naissance à l'aorte, qui, dirigée obliquement de bas en haut et de gauche à droite, venait se courber au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule droite. Par ce moyen, elle formait une courbure dont la convexité regardait en haut et à gauche, et donnait naissance successivement, 1°. à un seul tronc, d'où partaient un peu plus loin l'artère carotide primitive gauche et la sous-clavière du même côté; 2°. l'artère carotide droite; 3°. la sous-clavière du même côté.

Après avoir formé ces trois troncs, l'aorte se courbait de haut en bas, et descendait jusqu'à la troisième vertèbre lombaire, placée sur le côté droit de la colonne vertébrale.

Les poumons, mous et crépitans, étaient aussi transposés; le droit n'offrait qu'une scissure et conséquemment deux lobes: tandis que le gauche présentait deux scissures et conséquemment trois lobes.

La veine azygos, placée sur le côté gauche de la poitrine, venait s'ouvrir dans l'oreillette droite transposée à gauche.

Le diaphragme transposé aussi offrait du côté gauche l'anneau fibreux qui donne passage à la veine-cave ascendante, tandis qu'à droite, il livrait passage en avant à l'œsophage, et en arrière à l'aorte.

L'œsophage dirigé obliquement de haut en bas et à droite, aussitôt après sa sortie de la poitrine, se renflait pour donner naissance à l'estomac.

La grande courbure de l'estomac regardait en bas, en avant et à droite; sa petite courbure, en arrière, à gauche et en haut; tandis que le grand cul-de-sac, placé dans l'hypocondre droit, le remplissait presque entièrement, avec la rate qui en occupait la partie la plus profonde. La petite extrémité de l'estomac, tournée à gauche, donnait naissance au duodénum qui, d'abord dirigé obliquement de bas en haut et de droite à gauche, se recourbait au-dessous de la vésicule du fiel, descendait jusqu'au-dessus du rein gauche, puis enfin se recourbait de nouveau, pour marcher transversalement, et venir se terminer sur la partie latérale droite de la seconde vertèbre lombaire, en donnant naissance au jéjunum. Cet organe et l'iléon étaient renfermés dans la duplicature du mésentère, qui, partant de la partie latérale droite de la seconde vertèbre lombaire, venait se terminer dans la fosse iliaque gauche, conjointement avec l'iléon qui s'y dilatait pour donner naissance au cœcum. Celui-ci remplissait la fosse iliaque gauche, son appendice jetée sur le côté gauche de l'excavation pelvienne et son extrémité supérieure donnant naissance au colon ascendant. Cet organe montait dans la région lombaire gauche, jusqu'au-dessous du bas-fond de la vésicule du fiel, et là se courbait de haut en bas, pour marcher transversalement de gauche à droite, en formant l'arc du colon; enfin ce dernier, arrivé dans l'hyponcondre droit, au-dessous de la rate, se courbait de haut en bas, pour descendre dans la région lombaire droite et former le colon descendant. Cette troisième

partie du colon, arrivée au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, se plongeait dans le petit bassin obliquement de droite à gauche, pour former le rectum, qui n'offrait de remarquable que son changement de direction. Le foie occupait l'hypocondre gauche, avait son grand lobe tourné de ce côté, tandis que son moyen lobe, tourné à droite, recouvrait un peu le grand cul-de-sac de l'estomac.

Enfin, pour terminer, nous dirons que le pancréas placé transversalement devant la colonne vertébrale, présentait sa grosse extrémité ou tête à gauche, tandis que sa petite extrémité ou queue était à droite (1).

---

*Tumeur squirrheuse d'un volume considérable développée dans l'épaisseur de l'utérus, et accompagnée d'une multitude de tumeurs de même nature qui envahissaient les cavités abdominale et thoracique; observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Caen; par M.* J. Le Bidois *fils*, *D. M.P.*

Moisant, servante, âgée de cinquante-sept ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, réglée à seize ans sans accidens, dit avoir joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de trente-trois ans. Mariée à cette époque, elle accoucha un an après sans suites fâcheuses, et depuis fut toujours bien réglée.

Vers l'âge de quarante-cinq ans, les règles, au lieu de cesser, revinrent plus fréquentes et plus abondantes, et prirent le caractère de pertes. Elles étaient précédées, accompagnées et suivies de douleurs vives dans l'hypogastre, les aînes et la partie antérieure des cuisses. Neuf ou dix

(1) Cette pièce anatomique a été examinée par M Breschet, qui en a fait faire la préparation pour pouvoir la conserver; elle sera déposée dans le muséum de la Faculté de Médecine.

ans plus tard (55 ans), hémorrhagies utérines alarmantes et répétées, douleurs hypogastriques aiguës et presque continuelles, perte du sommeil et de l'appétit. La malade remarque alors la grosseur et la dureté de son ventre. Depuis, alternatives de constipation et de dévoiement, d'appétence et d'anorexie; amaigrissement progressif; douleurs et insomnies qui ne laissent aucun relâche. Les hémorrhagies utérines sont devenues rares et peu considérables depuis un an. Tels sont les renseignemens que l'état de faiblesse extrême de la malade m'a permis de recueillir. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Caen le 9 décembre 1821, elle se présente dans l'état suivant :

Visage très-pâle et décrépit, voix faible, respiration insensible, haleine très-courte; on est obligé de soulever le tronc par de nombreux oreillers; peau d'un jaune paille et sans chaleur; pouls filiforme, régulier et sans fréquence; attention difficile à captiver, et affaiblissement marqué des autres facultés de l'intelligence; tuméfaction dure et inégale de l'abdomen, et qui s'étend du pubis au nombril et d'une fosse iliaque à l'autre; la peau de cette région est mobile, ridée et remarquable par le développement des veines sous-jacentes, qui sont bleuâtres et de la grosseur du petit doigt. Si on touche par le vagin, le doigt se trouve arrêté vers la partie supérieure de ce canal par une tumeur très-résistante qui le déprime d'arrière en avant contre les pubis, et il est impossible de pénétrer plus loin. La malade prend quelques alimens légers, et boit souvent et à petites gorgées. Dix-huit jours après son entrée, le 27 décembre, elle s'éteint sans avoir offert d'autres phénomènes notables, si ce n'est l'incontinence des urines et des matières fécales qui précéda ses derniers momens.

*Ouverture du cadavre, vingt-quatre heures après la mort.* — *Extérieur.* Marasme, flaccidité des chairs, infiltration des membres abdominaux et des grandes lèvres. *Cavité*

*thoracique*. — Le médiastin, la surface extérieure du péricarde, et celle des poumons jusques dans leurs scissures interlobaires, et la surface libre des plèvres costale, diaphragmatique et vertébrale, sont hérissés d'une multitude de corps arrondis, lisses, blanchâtres, du volume d'un pois ordinaire à celui d'une grosse noix, et d'une dureté considérable. Le nombre et la grosseur de ces corps sont surtout remarquables à la surface externe des poumons, où ils forment des bosselures larges et serrées qui laissent à peine voir dans leurs intervalles le tissu pulmonaire; dans les tissus interlobaires, ils sont beaucoup plus petits, quoique encore très-nombreux et ne dépassant pas le volume d'un pois. Au reste, la saillie de ces tumeurs, le mode et la profondeur de leur implantation varient selon les régions où on les considère. Sur la plèvre costale, diaphragmatique et vertébrale, elles sont généralement très-saillantes, souvent suspendues par un pédicule, d'autres fois adhérentes par une large base; dans ce dernier cas elles ressemblent par leur implantation et leur forme globuleuse aux noix de galle non encore séparées des feuilles du chêne. Sur le péricarde elles forment des plaques arrondies et peu saillantes qui en occupent toute l'épaisseur. Dans la cavité de cette enveloppe il n'existe qu'une seule de ces tumeurs; elle est située à la face antérieure du cœur, grosse comme une noisette, et profondément implantée dans le tissu musculaire du ventricule gauche. A l'intérieur des poumons leur saillie est peu marquée, mais en revanche elles s'enfoncent profondément dans le parenchyme de ces viscères qui en est pour ainsi dire farci, et a acquis par leur présence une dureté et une pesanteur spécifique considérables. Ces tumeurs sont partout d'un blanc tirant sur le jaune, d'une consistance cartilagineuse; d'un tissu compact, homogène, criant sous le scalpel, élastique, sans apparence d'organisation et ayant tous les caractères du tissu squir-

rheux. Les plus petites d'entre elles, celles qui se trouvent au premier temps de leur développement, se détachent facilement avec la membrane séreuse qui les supporte ; mais les grosses restent implantées dans les tissus sous-jacens quels qu'ils soient.

*Cavité abdominale.* — Épiploon très-aminci, non graisseux, couvert d'un grand nombre de stries et de points noirâtres, et parsemé, surtout vers sa circonférence, d'une vingtaine de tumeurs pareilles à celles que nous avons vues dans le thorax. La majeure partie de ces tumeurs a le volume d'une petite noix; toutes sont revêtues par le péritoine et paraissent s'être développées dans l'épaisseur des feuillets épiploïques. Plusieurs tumeurs, entièrement semblables à celles-ci, et distinctes des ganglions lymphatiques, occupent le mésentère dont les arcades vasculaires sont noirâtres et très-développées. D'autres adhèrent à l'extérieur de l'intestin grêle; l'une de celles-ci a la grosseur d'un œuf de pigeon. Enfin, six à huit existent à la face concave du diaphragme, et une à la face convexe du foie. Toutes s'enlèvent avec la tunique péritonéale.

Mais l'altération la plus importante ici, celle qui occasionnait le volume du ventre, est une tumeur énorme qui occupe l'excavation pelvienne, s'élève jusques à l'ombilic et appuie à droite et à gauche sur la fosse iliaque correspondante. Le paquet intestinal est refoulé vers le diaphragme; le cœcum adhère au côté droit de la tumeur, l'S iliaque du colon à son côté gauche et un peu postérieur. Le feuillet mésentérique inférieur du péritoine, arrivé au niveau du détroit abdominal, descend dans l'excavation jusqu'à la profondeur d'environ deux pouces, puis se réfléchit de toutes parts sur la tumeur dont il revêt la portion supérieure. Les uretères, arrivés à la base du sacrum, s'accolent à la face postérieure de la tumeur et passent au-dessous d'elle pour se rendre à la vessie, sans

cesser d'être distincts, mais paraissent avoir été comprimés contre la paroi sacrée du bassin, car leur partie supérieure est dilatée au point d'admettre facilement l'extrémité du doigt. La tumeur plonge dans l'excavation par une portion rétrécie qui en remplit les deux tiers supérieurs, et comprime la vessie et le haut du vagin contre les pubis. Ce canal, accolé à la face antérieure de cette portion, s'alonge, puis se recourbe en arrière, pour en suivre la convexité, et finit en se confondant avec le tissu même de la tumeur. Nulle trace du col de l'utérus et, au premier coup d'œil, de l'utérus lui-même là où ils devraient exister; le vagin qui est contourné en arrière, aboutit à une cavité anfractueuse, profonde, irrégulière, dont les parois lisses, blanchâtres, bosselées et très-fermes se laissent difficilement écarter par le doigt: elles paraissent confondues avec le reste de la tumeur. Les bords supérieurs de l'incision faite à cette cavité, nous offrent un tissu rougeâtre, à fibres distinctes et longitudinales qui nous semble un vestige de l'utérus. Ce viscère, d'abord intimement adhérent à la tumeur, se serait graduellement alongé et distendu pour la suivre dans son développement, et aurait ainsi perdu son caractère primitif. Au niveau et au côté gauche de la cavité, se montre un corps pyriforme très-alongé, flexueux, dont les parois semi-transparentes sont remplies par un fluide rougeâtre d'une consistance sirupeuse. Du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit de la cavité, mais vers la partie inférieure de la tumeur, on voit une espèce de vésicule du volume d'un gros œuf de poule, dont les parois minces et semi-transparentes aussi contiennent un fluide brunâtre et visqueux. Ces deux corps nous ont paru être un vestige des trompes utérines. En haut et en arrière la tumeur envoie derrière le péritoine un prolongement qui adhère à la face antérieure de la région lombaire du rachis, et que traversent l'aorte et la veine-cave inférieure sans être sensiblement oblité-

rées. Poids total de cette masse 9 livres; circonférence verticale 25 pouces, circonférence horizontale mesurée en bas 13 pouces; consistance ferme, compacte, élastique; extérieur d'un blanc jaunâtre, lisse, bosselé inégalement, parcouru en plusieurs endroits par des ramifications vasculaires sanguines, et en d'autres noirâtre et pulpeux; intérieur blanchâtre, homogène, en tout semblable au tissu des tumeurs précédentes, c'est-à-dire au tissu squirrheux.

Les autres viscères thoraciques et abdominaux n'ont offert rien de remarquable. L'encéphale n'a point été examiné, les muscles psoas et iliaques, sur lesquels appuyait la tumeur, étaient pâles et amincis; le tissu osseux était généralement fragile et facile à entamer avec le scapel, surtout dans le corps des vertèbres, dont la substance spongieuse avait une couleur vineuse.

---

Les causes qui déterminent le développement du squirrhe sont le plus communément inconnues, cependant l'observation a démontré que l'époque de l'âge critique est souvent, chez les femmes, celle où l'on voit ce tissu se développer, et le fait qu'on vient de rapporter en offre une preuve remarquable. Tantôt ses progrès sont rapides et causent des accidens quelquefois mortels : tantôt, et c'est ce qui a lieu le plus ordinairement, ils sont lents, obscurs, et l'on ne soupçonne la maladie que lorsqu'elle est devenue accessible au toucher ; en général, plus les masses squirrheuses sont solides, et plus leur marche est chronique, et cette remarque nous explique pourquoi leurs progrès ont été aussi insensibles chez le sujet de cette observation. En effet, le tissu de chaque tumeur offrait les caractères pathognomoniques du squirrhe que l'on dit être à l'état de crudité : couleur d'un blanc jaunâtre, consistance cartilagineuse, tissu compacte, homogène, criant sous le

scapel, élastique, et sans aucune trace d'organisation. En outre, une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que les différens caractères que nous venons d'énumérer, étaient exactement les mêmes dans toutes les tumeurs qu'on rencontra, et que, dans un nombre aussi considérable, on n'observa pas sur une seule le commencement de ramollissement, qui est communément regardé comme le passage du squirrhe à l'état de cancer; ainsi, cette transformation ne s'est opérée dans aucun point, pendant les années qui se sont écoulées, ce qui vient à l'appui de la distinction établie entre les tissus squirrheux et cancéreux, dont la nature est complètement différente, quoique quelques auteurs regardent le second comme une conséquence nécessaire de l'existence du premier.

Nous ajouterons ici une dernière considération relative aux parties qui étaient le siége du squirrhe dans le sujet de cette observation. On regarde généralement les tissus qui reçoivent beaucoup de vaisseaux blancs, tels que les glandes sécrétoires, les ganglions lymphatiques, comme les plus susceptibles d'éprouver l'endurcissement squirrheux, et, chez cette malade, aucun d'eux n'a présenté cette altération qui s'est développée principalement dans le tissu cellulaire sous-séreux des plèvres, du péricarde et du péritoine, tissu qui, comme on le sait, est très-abondamment pourvu de vaisseaux sanguins; la même remarque est applicable à l'utérus, aux poumons et au cœur, qui contenaient seuls des tumeurs squirrheuses dans leur épaisseur. Il est d'autant plus à regretter que l'on n'ait pas ouvert le crâne, qu'il existait un affaiblissement très-marqué de l'intelligence, et qu'il eût été intéressant de s'assurer si le tissu cellulaire sous-séreux y renfermait aussi quelques productions squirrheuses. P. O.

*Recherches sur diverses parties du produit de la conception, considéré chez l'homme* (II.me *et dernière partie*); *par M.* VELPEAU.

AUTANT on s'est occupé de la membrane caduque depuis que Hunter a rendu son existence incontestable, autant on a négligé les deux tuniques amnios et chorion. Rien n'est plus vague que ce qu'en disent les auteurs qui paraissent les avoir le mieux étudiées. Le chorion surtout, probablement à cause de ses rapports immédiats avec la caduque, que la plupart des physiologistes ont mal conçue, est décrit de la manière la plus incomplète dans les ouvrages, même les plus modernes. Je n'ai pas assez de faits pour éclaircir complètement ce qui concerne ces membranes; j'essayerai seulement de faire disparaître des contradictions et quelques erreurs. Les précieux travaux de M. Dutrochet paraissaient devoir changer les idées sur ce point d'observation; mais je ne sais pourquoi les naturalistes et particulièrement les accoucheurs, qui ont tant d'occasions d'examiner ces objets, semblent les avoir méconnus et sont restés indifférens après l'impulsion donnée par cet habile physiologiste. Il en fut de même des observations de M. Lobstein, dont on ne peut pourtant nier l'importance. Cela tiendrait-il à ce que ce dernier auteur aurait consacré quelques erreurs établies avant lui, et à ce que le premier n'ayant observé que sur les animaux, on n'aurait pas cru pouvoir, d'après des considérations tirées de l'anatomie comparée, réformer les idées généralement reçues sur les tuniques *de l'œuf humain*? Cependant il est juste de convenir aussi que dans les recherches sur le développement des deux membranes propres de l'embryon humain, on est arrêté dès le premier pas; ce qui établit une grande différence entre les résultats obte-

nus chez les mammifères et ce que fournit l'examen de l'œuf des oiseaux, de plusieurs reptiles, etc. En effet, chez ceux-ci on prend la nature dans le principe; on la suit jour par jour dans toutes ses phases; il n'est pas besoin de juger de ce qui a été par ce qu'on voit; tandis que dans ceux-là les commencemens nous échappent, se font hors la portée de nos sens, de nos regards; il faut même une certaine distance de l'origine pour que nous puissions y voir quelque chose. C'est chez la femme particulièrement que ces difficultés se trouvent portées au plus haut degré, de telle sorte même qu'il est à peu près impossible de rien conclure des observations faites chez elle avant le douzième ou quinzième jour de la conception pour ce qui regarde les deux tuniques en question. Mais est-ce une raison suffisante pour renoncer à éclairer ce point d'anatomie humaine? Je ne le pense pas. S'il n'est pas possible de saisir les premiers *linéamens* de la formation de ces membranes, il est au moins permis de croire, d'après les faits observés à une époque peu avancée, que ce qu'on voit alors diffère probablement peu de ce qui existait avant; d'ailleurs, en attendant, contentons-nous de ce que nous pouvons reconnaître.

Je vais d'abord parler du chorion. Comme mes observations ne portent que sur l'œuf humain, je le décrirai tel que je l'ai vu, sans égard aux descriptions de la même membrane considérée dans les autres animaux, me réservant d'en faire remarquer quelques différences à la fin de cette note. Quoique j'aie examiné attentivement le chorion humain sur douze ou quinze œufs, depuis le terme de quinze jours jusqu'à celui de trois et quatre mois, je crois cependant ne devoir rapporter qu'un petit nombre d'observations détaillées, vu que le développement de cette lame est très-régulier, et que je n'ai remarqué de différence aux diverses époques, que celles qui tiennent naturellement au temps plus ou moins avancé de sa formation.

D'abord dans la description donnée de cette tunique, une chose singulière que je ne puis expliquer, qui aurait dû frapper tout le monde, et qui pourtant n'a été remarquée par personne, que je sache au moins, c'est la manière dont on a décrit sa surface extérieure. Dans tous les ouvrages en effet qui s'occupent du produit de la conception, il est dit que la périphérie du chorion est parcourue par des filamens vasculaires, par un *tomentum* villeux, qui la couvrent également dans tous ses points jusqu'à la fin du deuxième mois; qu'ensuite ces villosités se rassemblent, se rapprochent et s'agglomèrent vers le fond de l'œuf pour former le *placenta*, lequel couvre d'abord les deux tiers de la surface sur laquelle il est appliqué, puis la moitié, un tiers, et enfin seulement un quart au quatrième mois. Il y a certainement dans ce point erreur d'observation; car de quelque manière qu'on suppose que les choses aient été entendues, il y aura toujours inexactitude et même contradiction. En effet, comment accorder que le chorion est couvert de flocons ramifiés, de vaisseaux nombreux implantés sur sa surface extérieure, dans l'opinion de ceux qui admettent la lame réfléchie de la caduque, puisqu'ils disent que ces deux tuniques ne sont unies que par une espèce de mucus? Si l'on convient que la caduque se laisse déprimer pour envelopper l'ovule dès qu'il arrive dans l'utérus, et si on l'examine en place, c'est la face externe du feuillet réfléchi que l'on verra et non pas le chorion; on distinguera une surface plus ou moins raboteuse, et non point un *tomentum* vasculaire. Si au contraire on a préliminairement détaché l'épichorion, et que ce tomentum soit, comme on l'a dit, implanté sur le chorion, il sera nécessairement intermédiaire aux deux membranes; elles ne seront donc pas immédiatement unies: et d'ailleurs si les surfaces étaient contiguës et lisses, où seraient alors les flocons? En prenant la caduque pour un des feuillets du chorion, ainsi

que l'ont fait Haller et d'autres, ou en n'admettant pas cette lame comme Baudeloque, la chose n'est pas plus claire; car il est évident que ces auteurs, en parlant de l'œuf proprement dit, y comprenaient l'épichorion en tout ou en partie, et probablement quelquefois aussi la caduque utérine; alors ils ne peuvent avoir décrit que d'une manière très-inexacte l'extérieur de la membrane propre de l'embryon. D'après ces considérations, on voit qu'il est indispensable, pour bien juger cette question, de revoir la nature et de rapporter de nouveaux faits. Voici l'état de cette surface sur un produit de vingt ou trente jours.

« L'ovule est parfaitement arrondi; il est aux deux tiers engagé dans la membrane de connexion; enlevé de la loge qu'il s'est faite, on observe les granulations dont j'ai parlé à l'occasion de la caduque; ces granulations cachent entièrement la face externe du chorion, qui a de cette manière une apparence inégale et chagrinée; les petits grains qui recouvrent et empêchent de voir cette face sont implantés sur elle très-solidement par des pédicules d'une demi-ligne de long, plus épais à leurs deux extrémités qu'au milieu de leur longueur. En dehors ces grains sont attachés à l'épichorion dans la portion de l'ovule qui est recouverte par cette lame accidentelle, et à la matrice dans les autres parties, au moyen de petits prolongemens d'une finesse extrême, d'apparence celluleuse, et qui se détruisent à la moindre traction. Ces filamens sortent de la portion libre des corps granulés, lesquels ont conservé leurs attributs naturels dans l'aire qui doit former le placenta, mais qui s'en éloignent d'autant plus qu'on les observe plus près de la partie inférieure de l'œuf. Là, en effet, ils ne sont plus que des filets grêles qui rampent sur le chorion depuis leur racine jusqu'à leur implantation dans la membrane préexistante. C'est ici seulement qu'ils ont pu en imposer et faire croire à des rudimens vasculaires.

Sur un ovule un tiers plus gros, ces granulations sont soutenues par des pédicules d'une ligne et demie à deux lignes de long, et fournissent, principalement dans la portion qui était en contact avec l'utérus, d'autres filamens, évidemment de nature cellulaire, plus ou moins alongés et tortueux. Quant aux grains eux-mêmes, ils sont moins gros en proportion que dans le premier œuf; de sorte qu'ils ont l'air d'être de simples renflemens placés au milieu de la longueur des racines nombreuses qui naissent du chorion pour se porter dans les organes qui l'entourent. Ces productions sont d'autant moins grosses, moins longues et plus écartées, qu'on s'éloigne davantage du disque de la caduque repliée, en descendant vers le sommet de l'ovule. Ils se rapprochent au contraire davantage à mesure qu'on s'éloigne de ce dernier point; de telle sorte que ceux qui ne sont point séparés de l'utérus par la caduque, se touchent et commencent à se coller pour former le gateau placentaire.

Dans un troisième produit qui paraît avoir deux mois. tous les grains renfermés dans le cercle de la tunique externe sont unis et à peu près confondus ensemble; d'où il résulte que le placenta est déjà formé. De la face utérine de ce dernier corps partent des faisceaux plus ou moins volumineux de filets qui ne sont autre chose que ceux qui supportaient les granulations dans le principe, mais qui se sont rapprochés, réunis, en se développant, de manière à former de petites houppes qui allaient se rendre à la matrice. C'est dans ces houppes que paraissent exister les vaisseaux qui plus tard forment les lobules d'où naissent les rapports moins immédiats de l'enfant à la mère; à mesure qu'elles se rapprochent, il s'interpose entre elles, ainsi qu'entre les capillaires qui les composent, des lamelles de tissu cellulaire, et delà vient cette espèce de feutre qu'on appelle *parenchyme*.

Dans le reste de l'étendue du chorion, il n'y a plus de

granulations; elles sont remplacées par autant de petits fils blanchâtres qui rampent sur sa surface pour aller se fixer dans la membrane réfléchie. Dans l'intervalle de ces cordons les deux faces correspondantes de la caduque et du chorion sont lisses et séparées seulement par une couche légère d'un fluide onctueux, qui empêche qu'elles ne se confondent. Cette disposition est celle qui persiste jusqu'à la fin de la grossesse, sans autres changemens que ceux qui tiennent au développement graduel et naturel des parties.

Il résulte de ce que je viens de dire, 1.° que ce ne sont pas des flocons cotonneux ou vasculaires qui enveloppent l'ovule dès qu'on peut le voir; ce sont au contraire de petits organes gangliformes qui, à la vérité, renferment très-probablement les rudimens des vaisseaux placentaires, mais qui contiennent certainement aussi un autre tissu; 2.° que ces grains sont destinés à former le placenta dans le lieu où le petit œuf se fixera dans l'intérieur de la matrice, à laquelle il s'attache immédiatement et sans que la caduque s'y interpose; 3.° que ce placenta est circonscrit dès la première quinzaine de la conception par le moyen de sa membrane caduque, qui se replie pour séparer la portion de l'ovule qui va rester greffée dans l'utérus, de celle qu'elle enveloppe; 4.° que cette portion enveloppée perd graduellement ses granulations par la raison que, n'étant unie qu'à une membrane accidentelle qui lui donne peu de nourriture, elles cessent de se développer, tandis que la membrane qui les supporte augmentant considérablement d'étendue, elles sont pressées et aplaties contre l'épichorion dans lequel elles se perdent; et que d'un autre côté, leurs pédicules tiraillés s'alongent et deviennent plus fins tout en conservant cependant beaucoup de résistance; 5.° enfin, qu'en prenant ces grains remarquables (qui paraissent d'autant plus distincts qu'on les examine à une époque plus rapprochée

de la conception) et leurs racines pour le *tomentum* villeux des auteurs, on voit qu'ils ne sont point destinés à se rassembler sur un point donné du chorion pour faire naître le placenta; car cet organe est produit par ceux qui sont hors de la caduque, et non par les autres: ces derniers, en effet, ne changent point de place; ils ne cessent pas d'exister, mais seulement de croître, parce qu'ils deviennent inutiles, excepté pour fixer ensemble les membranes entre lesquelles ils sont placés; ce qui fait qu'on finit par ne plus les voir, à moins de les chercher attentivement; et encore dans ce cas ils ne sont plus granulés, mais seulement filamenteux.

Une autre opinion qui ne me paraît rien moins que fondée, est celle de Hewson, de MM. Dutrochet, Bojanus et de beaucoup d'autres, qui établissent que le chorion est formé de plusieurs lames distinctes dans le commencement de la grossesse, et que ces lames se confondent ensuite. Il faut bien que la chose soit ainsi dans les animaux, puisque les deux derniers auteurs que je viens de nommer l'y ont observée; mais il me semble que Hewson s'est trompé quand il a dit qu'il en était de même chez l'homme, et surtout lorsqu'il a soutenu que le placenta résultait simplement du dédoublement de ces lames; dédoublement opéré par les vaisseaux qui d'après lui rampent entre elles. Or, cet auteur ne dit point qu'il ait vu le chorion formé de plusieurs tuniques qui s'emboîtaient les unes dans les autres; ce qui serait nécessaire pourtant pour prouver sa proposition; il se contente seulement d'annoncer qu'il a vu les vaisseaux du cordon entraîner avec eux un feuillet de la membrane qu'ils traversent et s'en envelopper jusqu'à leurs dernières ramifications. Ceux qui ont adopté cette idée n'ont, que je sache, rapporté aucun fait qui puisse la fortifier, tandis que ce que j'ai vu me semble tout-à-fait contre elle. En effet, dans les premiers temps de la grossesse, sur les œufs dont je viens

de parler, le chorion était mince, dense, absolument comme dans les âges suivans. Soumis à la macération dans l'eau ou dans d'autres liquides, il a été impossible de l'isoler en plusieurs lames distinctes et régulières; partout dans l'intervalle des globules qui le recouvraient, il offrait le même aspect qu'on lui reconnaît plus tard; il était diaphane et de texture serrée; en un mot tout était disposé de manière à ce qu'on ne pût guère supposer une ancienne division lamellée dans cette membrane.

En conséquence, comme j'ai recherché cette structure sur un assez grand nombre d'œufs sans la trouver, quoiqu'ils fussent bien entiers et non altérés, je crois qu'on en peut conclure que la division en question n'existe pas habituellement, à moins que ce ne soit dans les quinze premiers jours de la fécondation; et je pense que personne ne l'a constatée chez l'homme pendant cette période. Je suis même très-porté à croire qu'elle n'a pas lieu; car on en aurait encore rencontré quelques traces à l'époque où je l'ai cherchée. D'ailleurs, il me paraît facile d'expliquer l'erreur de ceux qui l'ont admise; leurs observations pour la plupart, en effet, ont été faites à une époque assez avancée de la grossesse. Or, après le troisième mois, et quelquefois même avant, lorsque le placenta est bien formé, on trouve sur la portion du chorion qui le supporte, une production, épaisse quelquefois d'une ligne, susceptible d'être divisée en plusieurs couches, qui aura pu en imposer, lors d'un examen peu attentif, aux yeux d'observateurs trop prévenus en faveur des idées qu'ils s'étaient formées d'avance sur ce point d'anatomie. Mais cette espèce de membrane, quoique assez dense, est très-fragile, n'a aucune ténacité, n'est point organisée, et semble être une simple concrétion; concrétion qui paraît d'un autre côté avoir aussi induit en erreur plusieurs de ceux qui ont pensé que la caduque se prolongeait dans l'intervalle des cotylédons placentaires.

On peut d'ailleurs l'enlever avec facilité, même après l'accouchement, de manière que le chorion reste mince et transparent dans cette portion de son étendue comme partout ailleurs.

Quant aux remarques que j'ai faites sur l'amnios, elles portent seulement sur ses rapports avec le chorion et l'embryon dans le principe de son existence; au reste, je n'ai que quelques mots à en dire.

Beaucoup de personnes croient que les deux principales membranes de l'œuf se touchent à toutes les époques de la conception; ces personnes s'étonnent même de ce que ces tuniques peuvent encore assez souvent être séparées très-aisément après la sortie du délivre à terme. La chose serait assez surprenante, en effet, si elles avaient été dans une contiguité parfaite pendant tout le cours de la gestation; mais il en est autrement; de même que le feuillet réfléchi de la caduque ne forme d'abord qu'une aillie dsans le haut de sa cavité, de même que cette saillie, en grossissant, se rapproche de plus en plus de sa face interne qu'elle finit par toucher; de même aussi l'amnios n'est d'abord qu'un petit sac suspendu dans la partie supérieure du chorion, mais qui, en augmentant graduellement de volume, finira par remplir la cavité de cette dernière et se mettre en contact avec sa face interne.

Sur un œuf d'environ trois semaines, l'amnios formait un petit sac libre dans le chorion, à l'intérieur duquel il était fixé par un point assez étendu de sa surface interne. Dans cette poche se trouvait l'embryon qui n'était séparé de la membrane que par une petite quantité de liquide transparent. Il y avait ici deux vessies renfermées l'une dans l'autre · l'une extérieure, le chorion, renfermait une assez grande quantité de fluide limpide clair, de sérum enfin, dans lequel nageait la seconde vessie, c'est-à-dire l'amnios, qui à son tour contenait l'embryon; de manière qu'il existait entre ces deux membranes un espace consi-

dérable plein de sérosité; je voulus voir si cette cavité n'était pas formée, comme chez les oiseaux et d'autres animaux, par une troisième poche membraneuse dilatée entre les deux autres. Mais malgré tous les soins et toutes les précautions que j'ai pu prendre pour découvrir d'autres feuillets que ceux qui appartiennent à l'amnios et au chorion, il m'a été impossible d'en reconnaître. La première de ces tuniques flottait dans le liquide de la seconde, où elle offrait l'aspect d'une toile mince, diaphane, tout-à-fait transparente, excessivement facile à déchirer; la dernière au contraire présentait un tissu dense et serré, elle était assez épaisse et difficile à rompre, mais on ne pouvait d'aucune manière la séparer en plusieurs lames.

Il semble que dans les âges suivans cette disposition persiste jusqu'à trois mois à peu près. C'est effectivement vers cette époque que les deux membranes lisses de l'œuf humain paraissent se trouver en contact; tous les produits que j'ai pu examiner avant ce terme les ont toujours montrées séparées par une cavité d'autant plus grande qu'ils étaient plus rapprochés de la conception. Cet arrangement, s'il n'est pas constant, me paraît être au moins naturel.

Mais un point en même temps relatif aux deux tuniques, que je tenais beaucoup à éclaircir depuis long-temps, c'était les rapports de ces membranes avec le ventre du fœtus. Sont-elles une production de la peau? résultent-elles au contraire d'une vésicule sortie de l'abdomen? enfin, aux dépens de quel organe se forment-elles? Voilà des questions qui n'ont que rarement été agitées et qui sont loin, je crois cependant, d'être résolues.

Si le tissu cutané produit l'amnios et le chorion, il est impossible que l'allantoïde et la vésicule ombilicale soient placées entre ces membranes; si au contraire les vésicules sont situées dans leur intervalle, ainsi que tous les auteurs le disent, le chorion ne peut pas être une dé-

pendance des tégumens. Et alors d'où vient-il? Telle est l'alternative dans laquelle on se trouve sur cette matière. Comme il n'y a à ce sujet qu'une opinion, j'ai senti que la question devait être retournée de toutes les manières avant qu'on pût se permettre d'avancer le contraire; ce n'est donc qu'après avoir long-temps regardé si je ne me trompais pas moi-même, qu'après avoir aussi remarqué que, si cette opinion est fondée sur des faits relativement aux animaux, chez l'homme elle n'est guère appuyée que sur des suppositions, que j'ai cru devoir dire ce que je pense, en décrivant ce que j'ai trouvé sur des sujets fort jeunes.

J'ai commencé par oublier, pour un instant, ce qu'on avait écrit sur ce point, et alors il m'a semblé que la chose était simple et que la vérité était facile à saisir. En effet, il est aisé de s'assurer, comme je l'ai fait plusieurs fois, que ni l'une ni l'autre des membranes en question ne va se rendre dans la cavité abdominale; on voit bien aussi qu'elles ne se continuent point avec le péritoine, ni avec les vaisseaux, ni avec l'ouraque, ni avec la vésicule ombilicale, ni avec les intestins; enfin, il paraît également clair qu'elles ne sont pas une production des muscles. Elles ne peuvent donc naître ici que de la peau? N'a-t-on pas dit d'ailleurs que le cordon ombilical n'était qu'un prolongement du ventre de l'embryon qui se trouvait d'abord fixé immédiatement au placenta pour s'en éloigner ensuite en filant le cordon à peu près de la même manière qu'on file un tube de verre? Je pense que ce n'est point ainsi que se forme cet organe; du moins les observations que je rapporterai, concernant l'intestin et les deux vésicules nutritives de l'embryon, tendent à démontrer qu'il se développe d'une tout autre manière; mais il n'en est pas moins certain pour cela qu'on peut suivre facilement la membrane amnios du placenta sur les vaisseaux ombilicaux dont elle est séparée par le chorion, qu'on peut aussi en détacher

à son tour dans une étendue assez considérable. Quoi qu'il en soit, ce ne sont encore jusqu'ici que des probabilités; il ne suffisait pas, en effet, de suivre les membranes du placenta sur les racines du cordon, il fallait aussi les détacher du ventre pour les conduire vers le placenta; c'est ce que je suis parvenu à faire pour l'amnios sur trois embryons de un à deux mois, et cela sans beaucoup de difficulté jusqu'aux étranglemens ou collets du cordon : là, les parties sont tellement serrées, tellement solides, qu'il est presqu'impossible de rien isoler; mais sur les renflemens qui séparent ces espèces d'anneaux la séparation dont je parle redevient tout de suite aussi facile, et on y retrouve absolument les mêmes tissus et les mêmes lames. Pour le chorion la chose est moins aisée. Plus épais, adhérant assez fortement aux parties qu'il enveloppe, on ne peut pas l'isoler complètement, mais la chose n'est pas indispensable pour prouver son origine, il me semble, puisque, quand l'amnios est enlevé, on le voit évidemment se continuer avec le derme sans aucune espèce de ligne de démarcation.

D'après ces considérations, il est démontré pour moi, 1°. que l'amnios est une dépendance de l'épiderme, tandis que le chorion appartient au derme; 2°. que cette double membrane se replie à l'ouverture ombilicale sur les vaisseaux du même nom, pour aller, en engaînant le cordon, s'épanouir sur la face fœtale du placenta.

Un grand nombre d'écrivains ont déjà dit que le chorion est une membrane fibreuse, contre l'opinion de quelques autres qui l'ont regardée comme de nature séreuse ou celluleuse, etc.; cette idée s'accorderait parfaitement, comme on voit, avec celle que je soutiens; mais quel rapport d'organisation y a-t-il entre l'épiderme et l'amnios? J'avoue que je n'en trouve aucun et pourtant ce sont ces deux lames dont il est le plus facile de démontrer la continuité.

Il devra suivre, de ce que je viens de dire, que les deux tuniques propres à l'embryon humain sont loin de représenter l'appareil membraneux de l'œuf des ovipares et même de celui des autres mammifères. En effet, il résulte des observations de M. *Dutrochet*, que dans le poulet le chorion est séparé de l'amnios par de nombreuses parties, puisqu'on y trouve la poche allantoïdienne et son fluide urinaire ou autres, le vitellus et les deux lames épidermoïdes, etc.; il paraît évident aussi que dans l'œuf de la couleuvre, de la vipère, de l'orvet, du lézard, etc., ainsi que dans celui de la brebis et de plusieurs autres vivipares on rencontre à peu près les mêmes dispositions; or, chez l'homme, où l'on n'observe rien de semblable, il n'existe entre l'amnios et le chorion qu'un fluide séreux, limpide, tout-à-fait analogue, quant à ses qualités physiques, au sérum du sang; on n'y voit ni allantoïde, et par conséquent point de membrane moyenne, ni épiderme externe, ni épiderme interne, ni sac péritonéal et point de vitellus. Je ne crois pas même qu'aucune de ces parties ait été placée antérieurement entre les deux lames dont je parle, car elles n'auraient pas disparu de manière à n'en pas laisser la moindre trace dans un si court espace de temps. D'ailleurs l'allantoïde et l'ouraque qui dépendent de la vessie, chez l'homme comme chez les animaux, la vésicule ombilicale qui paraît être l'analogue du vitellus des oiseaux, ne peuvent point être situés entre l'amnios et le chorion; d'après l'opinion que j'ai adoptée sur les rapports de ces membranes avec la peau, on verra effectivement, dans la suite de ces recherches, que l'intestin, la vésicule ombilicale, l'allantoïde et leur moyen de communication sont placés entre le placenta et le chorion qui leur forme une gaîne sur le cordon, et non point dans l'intérieur de cette membrane. Mes observations à cet égard me paraissent concluantes, quoiqu'elles soient en contradiction directe avec

ce qu'ont dit MM. *Wolf*, *Oken*, *Mekel*, *Dutrochet*, *Emmert*, *Bojanus* et presque tous les observateurs modernes.

## MEDECINE ÉTRANGÈRE.

*De l'Aliénation mentale, avec cinquante observations suivies de l'autopsie cadavérique; par M.* NEUMANN, *conseiller royal de médecine de Prusse, et médecin à l'hôpital de la Charité de Berlin; traduit de l'allemand par* F. J. RIESTER. (II.me et dernier article.).

*Obs.* XXXIX.—L'ancien sacristain de la Charité, ayant été renvoyé pour cause de libertinage et d'ivrognerie, se mit à boire de l'eau-de-vie en telle profusion, qu'il en tomba dans l'état de frénésie le plus violent. Il était souvent affecté d'érysipèle, et se montrait tranquille tant que durait cette éruption. Les abcès auxquels il était enclin produisaient le même effet calmant sur son imagination déréglée. A la suite d'un grand abcès dans le creux des aisselles, qui avait resté long-temps ouvert, il se remit tout à fait, et on lui permit de sortir sur sa demande. Mais quelques mois après on le ramena dans un état d'idiotisme complet; il mouvait encore les membres, mais ne pouvait plus parler; depuis le cinquième jour de sa seconde entrée, tous ses membres étaient frappés de paralysie; il vécut encore six jours.

Tout le crâne était extrêmement épais; la dure-mère ne tenait pas au crâne, elle était flasque et lâche; la masse encéphalique ne remplissait pas tout-à-fait sa cavité. Vaisseaux cérébraux vides de sang; entre l'arachnoïde et la pie-mère se trouvait une substance gélatiniforme. A droite de la faux du cerveau existait une extravasion sanguine de plus d'une demi-once. Substance médullaire très-molle,

mais pas entièrement comme de la bouillie. Point d'altération dans les cavités thoracique et abdominale.

*Obs.* XL. — Un jardinier, âgé de 44 ans, ayant fait une chûte sur la tête, eut une fièvre accompagnée de délire continu. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne trouva pas la moindre trace de lésion. Le délire tumultueux était extrêmement violent et nullement en proportion avec la fièvre qui était assez insignifiante. Mais peu à peu il se modéra, la fièvre devint plus intense, jusqu'au moment où elle se termina par la mort, au 24.e jour après l'entrée du malade. — Il résulte de cela que ce malade ne doit pas être jugé maniaque.

L'encéphale conformé tout-à-fait régulièrement; point d'épanchement séreux; ni l'encéphale, ni ses méninges n'étaient surchargés de sang. L'arachnoïde seule se montrait épaissie et opaque par endroits.

*Obs.* XLI.e — Caroline F....., âgée de 24 ans, était idiote depuis sa naissance; sa parole était balbutiante et lente; mais quand elle était courroucée, elle criait avec force et à haute voix, sans balbutier. Elle s'emportait très-facilement, pour des causes qu'on ne pouvait pas prévoir, par exemple, lorsque quelqu'un la considérait, ou aussi lorsqu'on ne la regardait pas, quand elle voulait qu'on la regardât. Lorsqu'elle était fâchée, elle proférait pêle-mêle les paroles les plus insensées, qui n'avaient aucun rapport avec le sujet de sa colère. Elle avait eu un semblable accès peu avant sa mort qui fut la suite d'une apoplexie.

Le crâne avait une forme singulière, et était presque sans convexité en arrière; déjà affaissé en devant et sans conduit auditif externe, sa face postérieure était aplatie et descendait brusquement en bas. L'espace rempli par l'encéphale, surtout celui destiné aux lobes postérieurs du cerveau et au cervelet, était par conséquent très-petit; et ce qui le rétrécissait encore davantage, était

l'épaisseur extraordinaire des os du crâne. Dure-mère entièrement saine ; vaisseaux de la pie-mère modérément remplis de sang, ainsi que tous ceux de la tête. Mais l'arachnoïde était entièrement opaque et épaissie, au point qu'on aurait cru son tissu altéré, en quelques points, par l'effet d'une inflammation. Substance médullaire d'une consistance tenace ; lobes postérieurs du cerveau petits ; toutes les circonvolutions larges et les anfractuosités superficielles ; point d'épanchement à leur surface. Ventricules latéraux très-distendus par de l'eau, mais le quatrième ventricule, d'une capacité insolite, était vide. Cervelet extrêmement flasque et plat ; cœur très-volumineux et flasque ; point d'autres altérations.

*Obs.* XLII. — Le ceinturier D....., âgé de 32 ans, mourut à la suite d'escarrhes au sacrum, après une longue et violente manie. Une amblyopie, dégénérée insensiblement en amaurose complète, accompagnée de douleurs térébrantes qui tourmentaient le malade nuit et jour, avait été la cause de sa frénésie.

Crâne et encéphale réguliers ; il n'y avait qu'une petite quantité de sérosité sous l'arachnoïde et aux ventricules latéraux, tandis que les nerfs optiques présentèrent des lésions de structure remarquables. Les couches optiques étaient entièrement normales, mais la masse nerveuse qui les recouvre s'épanouissait en haut sous la forme d'une membrane large de plus d'un demi-pouce, et constituait ainsi, par sa jonction avec celle du côté opposé, la réunion large, mais extrêmement mince, des nerfs optiques qui s'en détachaient sous la forme de filets très-grêles, et n'offraient aucune trace de substance grise, ni en devant ni en arrière de la réunion. Au cervelet, il se trouvait, entre les troisième et quatrième couches de substance médullaire qui forment l'arbre de vie, une masse plate de substance grise, en quelque sorte intercalée entre lesdites couches ; cette masse contenait à son tour, dans son

intérieur, une bandelette ou strie médullaire dentelée; au reste rien d'irrégulier.

*Obs.* XLIII. — Frédéric S....., valet, âgé de 32 ans, vint à la Charité dans un violent état de frénésie. Mort après quatre jours.

Entre l'arachnoïde et la pie-mère il y avait plus de six onces de sérosité sanguinolente, et les ventricules latéraux, larges et distendus, contenaient plus de quatre onces de liquide de même nature. Point d'autre altération.

*Obs.* XLIV. — Auguste de N....., mort à la Charité à l'âge de 36 ans, avait cru faire fortune dans la carrière militaire sans s'y être préparé en acquérant les connaissances nécessaires pour y réussir. Le résultat de sa détermination fut son apauvrissement et par suite l'égarement de sa raison. Il croyait d'abord être devenu un grand monarque; mais il tomba bientôt dans un état d'idiotisme de plus en plus complet, jusqu'à ce qu'une apoplexie vint le frapper et l'enlever en trois jours.

Le crâne paraissait oblique déjà à l'extérieur; sa moitié gauche semblait plus longue et plus basse; la droite plus élevée et comprimée d'avant en arrière; mais l'épaisseur très-inégale des os du crâne rendait ce vice organique encore bien plus considérable à l'intérieur. La ligne médiane du crâne formait un arc dont les deux extrémités étaient tournées à droite; les parois des os de la moitié gauche du crâne étaient minces partout; celles de la moitié droite, très-épaisses au coronal et à l'occipital, étaient minces vers la suture sagittale, de manière que la moitié droite du cerveau était comprimée d'avant et d'arrière, tandis que sa partie moyenne, déjetée sur le côté gauche, s'élevait au-dessus de la moitié gauche qui était basse et étendue en forme d'arc autour de la moitié droite. Les ventricules latéraux participaient de cette déviation organique : celui du côté gauche formait une cavité peu courbe, s'étendant directement dans

toute la longueur de l'hémisphère; celui du côté droit, au contraire, était large, et sa corne postérieure, au lieu de descendre en bas, montait en haut et en dehors. La base du crâne présentait la même obliquité; la moitié gauche était plate et étroite, celle du côté opposé courte, large et plus concave. Il y avait en outre une exsudation gélatiniforme sous l'arachnoïde, et de la sérosité dans le quatrième ventricule.

*Obs.* XLV. — Une vieille femme (son âge est inconnu), depuis long-temps affectée d'amaurose et d'idiotisme, mourut enfin d'épuisement à la suite d'une contusion au front qu'elle s'était faite, un mois avant, en tombant par terre.

La cavité crânienne paraissait normale, les os n'étaient pas épais comme ils le sont communément chez de vieux idiots. Dure-mère mince et parsemée en quelque sorte par une grande quantité de glandes de Pacchioni. Vaisseaux de la pie-mère en général gorgés de sang; sous l'arachnoïde il y avait des traces de la substance gélatiniforme qu'on rencontre si fréquemment. Des coupes horisontales faites sur les hémisphères du cerveau montraient la substance grise beaucoup plus épaisse et plus large, par conséquent la substance médullaire beaucoup moins étendue qu'à l'ordinaire. Les lobes antérieurs des deux hémisphères étaient d'autant plus ramollis, qu'on les examinait plus en devant. La selle turcique était intimement unie à une grosse tumeur dure, du poids de quatre onces, de deux pouces et demi de diamètre; la masse osseuse du corps du sphénoïde même était ramollie, transformée en substance cartilagineuse, et se continuait dans cette tumeur; celle-ci, courbée d'arrière en avant par dessus la lame criblée de l'éthmoïde, avait altéré et refoulé les organes cérébraux situés en son chemin. Point de vestiges des glandes pituitaire et pinéale. Les couches optiques et la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux

étaient entièrement rabougries; les corps striés, au contraire, distendus en long; le corps calleux inégalement courbé en bas; point de traces du troisième ventricule; les deux ventricules latéraux comprimés, et toute la partie de la masse cérébrale, qui était en contact immédiat avec la tumeur, transformée en une substance oléagineuse, dans l'étendue de plus d'un pouce, sans trace aucune d'un reste d'organisation. La tumeur n'était pas contenue dans une membrane particulière, mais dense d'outre en outre, et d'une texture cartilaginiforme, comme les ostéostéatômes se montrent ordinairement. Les nerfs optiques étaient situés sur la tumeur, étroitement appliqués contr'elle; ils se perdaient dans la masse désorganisée du cerveau, de manière à ce que leur réunion ne pouvait être reconnue.

*Obs.* XLVI. — Une jeune fille de 21 ans, épileptique depuis son enfance, tombait, après chaque accès, dans un état de frénésie qui durait de 6 à 8 heures; dans l'intervalle de cette manie au paroxysme suivant, elle dormait quelques heures et se montrait idiote ensuite. Elle mourut dans un accès.

L'autopsie présenta une disposition que je n'avais pas encore observée : l'hémisphère gauche, nonobstant la forme normale du crâne, était turgescent, beaucoup plus volumineux que celui du côté droit, et sourdissait, en quelque sorte, hors des méninges au moment où l'on ouvrait ces membranes, de façon qu'il aurait été impossible de le faire rentrer dans la cavité du crâne. Il existait, en outre, un grand épanchement de sang qui occupait toute la moitié gauche du crâne; le sang baignait la partie supérieure du cerveau, et quelques onces se trouvaient à la base du crâne. La masse encéphalique entière était très-solide, la substance corticale beaucoup plus épaisse et large, la substance médullaire par conséquent moins étendue que de coutume : cette dernière disposition existait dans les deux hémisphères.

*Obs.* XLVII. — Un résultat semblable en apparence, mais pourtant essentiellement différent, fut celui de l'autopsie d'un certain idiot qui, à l'âge de 32 ans, avait l'air d'un vieillard et mourut dans un état de marasme, après s'être toujours nourri très-bien antérieurement. Il n'avait jamais appris à parler, paraissait être absolument sans désirs, restait debout ou couché partout où l'on le plaçait, mangeait avec avidité tout ce qu'on lui présentait, mais ne demandait rien quand on ne lui donnait rien, souvent il ne sentait pas même le besoin des évacuations naturelles, et il était sujet à la constipation.

Sa tête avait une forme singulière, large et aplatie de haut en bas. Crâne pas plus épais que de coutume; la région de la grande fontanelle très-mince. La moitié gauche du cerveau s'élevait de trois lignes au-dessus de celle du côté opposé. La cause de cette irrégularité dépendait de l'inégalité de la base du crâne, dont la moitié droite était absolument plus large et plus profonde que la gauche, de sorte que les masses cérébrales des deux côtés semblaient seules être inégales, tandis qu'elles étaient en effet égales. Encéphale mou, peu fourni de sang. Chez cet individu, le colon présentait précisément la disposition décrite par Esquirol, c'est-à-dire, que cet intestin était considérablement descendu vers le bassin; ce qui était vraisemblablement la suite des obstructions fréquentes auxquelles le malade était sujet.

*Obs.* XLVIII. — Un fonctionnaire, âgé de 40 ans, mourut à la Charité d'une apoplexie foudroyante, après avoir été, pendant dix-huit mois, d'abord frénétique, plus tard idiot. Dans la période de calme qui avait succédé à sa frénésie, il tomba dans un sommeil profond, d'où il sortit idiot. J'espérai que cet idiotisme si promptement survenu se dissiperait aussi vîte, mais, au lieu de cela, l'apoplexie vint nous enlever le malade.

Crâne normal; méninges remplies de sang; une quantité considérable de sérosité sous l'arachnoïde. La substance de l'encéphale généralement plus dure qu'à l'ordinaire; tous les ventricules excessivement distendus, et dans les ventricules latéraux beaucoup de sérosité louche et trouble comme du lait. Le lobe moyen de l'hémisphère gauche contenait une hydatide de 9 lignes de diamètre.

*Obs.* XLIX. — Un boucher, âgé de 40 ans, était, pendant dix-huit mois, un des maniaques les plus violens de la Charité. Il était furieux, criait, jurait, frappait; un instant après, il était très-bien et racontait de longues histoires en rimes, dans lesquelles l'association des idées les plus disparates et sans le moindre rapport entr'elles, était déterminée chaque fois par la concordance de la rime. Le malade était affecté d'amblyopie et la pupille du côté droit était toujours dilatée, tandis que l'autre était contractée. Il devint peu à peu plus tranquille, s'approcha enfin de l'état de fatuité, et succomba à l'hydropisie qui était survenue en même temps.

Le crâne se montrait régulier en apparence, ses parois n'étaient pas épaissies, mais sa base offrait de l'obliquité, ce qui avait influé sur toute l'organisation de l'encéphale. La moitié droite de cet organe était plus volumineuse, le corps calleux convexe vers le côté gauche, concave vers le côté droit. La base ayant été mise à nu, on vit la selle turcique tellement déjetée sur le côté gauche, qu'une ligne tirée de la crête interne du frontal vers la protubérance interne de l'occipital, à travers le grand trou de cet os, ne rencontrait pas ladite selle, tant celle-ci était déplacée. La faux du cerveau était ossifiée en partie; cette portion osseuse présentait une forme sémi-lunaire dont la concavité, tournée en bas, avait deux pouces de long et plus d'un demi-pouce dans sa plus grande largeur. Elle touchait à la grande commissure qui était en général très-élevée, de façon que la partie libre des hé-

misphères, située au-dessus de la commissure, n'avait pas beaucoup au-delà d'un pouce de hauteur. Les vaisseaux de la pie-mère étaient injectés, et il y avait un petit épanchement de sang sur l'occipital, à l'extrémité du lobe postérieur du côté droit; l'arachnoïde partout épaissie, opaque et adhérente à la pie-mère sur beaucoup de points. Tous les ventricules remplis de sérosité; les circonvolutions des hémisphères grandes et larges, les anfractuosités superficielles, la substance médullaire beaucoup plus solide que de coutume, la corticale mince et pâle; la réunion des nerfs optiques beaucoup plus petite et plus plate qu'à l'état normal.

*Obs.* L.—Un ouvrier, âgé de 30 ans, mourut tout-à-coup d'apoplexie; il avait été frappé de cette maladie à différentes reprises. Reçu à l'hôpital dans un état de manie violente et complète, il se calma bientôt, et eut un érysipèle avec une fièvre intense. Il devint alors plus agité, jusqu'à ce qu'il survint de nouveau une violente inflammation de l'oreille externe. Pendant cette phlegmasie, qui se termina par un abcès, le malade devint tout-à-fait sensé et sortit de l'hôpital, après la guérison de l'abcès, survenue sans exacerbation dans son état mental. Mais, quelques mois après, on le ramena frappé de paralysie avec perte de mémoire, et, après six autres mois, il succomba à de nouveaux accès apoplectiques.

Rien d'irrégulier dans la structure du crâne; encéphale partout injecté de sang; la substance médullaire offrait une multitude de petits vaisseaux rouges; de la sérosité dans les ventricules latéraux. La substance corticale avait une teinte très-foncée, tirant sur le brun. La plus grande irrégularité était celle présentée par l'apophyse odontoïde de l'axis; celle-ci était d'un bon tiers plus longue qu'à l'ordinaire, et s'avançait par conséquent considérablement dans la cavité rachidienne. — On ignore jusqu'à quel point la pression résultant de cette anomalie peut avoir concouru à la manie.

*Réflexions.* — Parmi ces cinquante autopsies, il y en a huit où ni le cerveau ni les autres parties encéphaliques n'ont offert la moindre déviation de la structure normale. Un de ces huit malades était affecté de manie violente, avec des accès de délire tranquille; trois étaient plongés dans une profonde mélancolie; le cinquième sujet était une femme aliénée depuis long-temps; le sixième, un homme affecté de frénésie pendant nombre d'années, ensuite tombé dans la mélancolie avec anxiété, dont la mort fut causée à la fin par des ulcérations aux intestins; le septième était un aliéné affecté de plusieurs monomanies successives, qui mourut enfin d'un épanchement séreux formé dans la cavité du péricarde; et le huitième, un homme chez lequel la manie et l'apoplexie avaient alterné. Dans ce dernier, l'apophyse odontoïde, irrégulièrement grossie, exerçait une pression immédiate sur le cordon rachidien. Cette anomalie aurait dû occasionner des convulsions, mais il n'y en eut pas, non plus que de l'anxiété; le malade montrait au contraire de la gaîté et beaucoup de bonté dans sa folie.

Dans quinze cas on trouva des épanchemens séreux dans l'encéphale, sous des formes très-diverses. Dans quelques-uns il y avait de l'eau, non-seulement dans tous les ventricules, mais encore sous l'arachnoïde, entre les circonvolutions et sur la pie-mère; la substance du cerveau était même molle, et quand on y faisait des incisions, l'eau sortait de tous les points. Dans d'autres, la sérosité n'existait que dans les ventricules; dans d'autres encore elle ne se trouvait que dans certains ventricules; il y eut des cas où un seul des ventricules latéraux était distendu par de l'eau. La sérosité même était le plus souvent incolore, tantôt jaunâtre, tantôt rougeâtre. Les épanchemens séreux étaient la plupart du temps les seules altérations; quelque-

fois ils existaient simultanément avec d'autres altérations.

Il arrive par fois, mais rarement, que tous les ventricules de l'encéphale sont absolument vides et secs. Quand on considère que les ventricules sont toujours secs chez des individus morts subitement sans agonie et sans pressentiment de maladie ou de mort, on serait tenté de croire que leur destination n'est pas de contenir une certaine quantité de liquide, mais peut-être seulement une vapeur comme celle de la cavité du péritoine. D'un autre côté, la sérosité se rencontre si fréquemment dans ces ventricules, que son exsudation doit certainement avoir lieu fort souvent pendant la vie même et avec l'intégrité parfaite de la santé. Cet épanchement ne paraît devenir dangereux, au reste, que lorsqu'il est porté à un certain degré, où il cause le plus souvent des accidens apoplectiques. Du moins cette collection de sérosité, dans les ventricules ou sous l'arachnoïde, existe chez presque tous les individus morts d'apoplexie, et souvent en très-grande quantité. C'est donc contre la vérité qu'on a nié l'existence des apoplexies séreuses, car le plus grand nombre de ces accidens semblent précisément provenir d'un épanchement de sérosité qui, comprimant la masse encéphalique, a causé la paralysie et la mort.

L'arachnoïde a été trouvée épaissie dans huit cas. Cet épaississement se remarque aussi chez ceux qui meurent de fièvres inflammatoires, accompagnées de délires, et la mort de presque tous ceux dont les cadavres m'ont présenté cette anomalie, était précédée d'un état fébrile. L'un avait fait une chûte sur la tête, l'autre était tombé en manie après sa naissance, d'autres avaient été souvent dans un état d'ivresse. Cette membrane appartient aux séreuses, on n'y trouve pas de structure vasculeuse, pas plus que dans la plèvre et le péritoine; néanmoins elle est, aussi bien que ces deux dernières membranes, sus-

ceptible de fortes exsudations. La sérosité qui se trouve dans les méninges est située, presque sans exception, sous elle et sur la pie-mère, tandis que sa face supérieure contracte des adhérences avec la dure-mère beaucoup plus souvent qu'elle ne produit des épanchemens. On explique l'inflammation de la plèvre et du péritoine par la couche de vaisseaux ou de tissu cellulaire très-vasculaire qui est étendue sur ces deux membranes; mais rien de semblable n'existe ni à la face supérieure ni à la face inférieure de l'arachnoïde, et pourtant une multitude de phénomènes prouve qu'elle est susceptible de s'enflammer, et surtout, qu'elle est celle de toutes les membranes de l'encéphale qui offre les déviations de forme les plus fréquentes et les plus variées. Elle perd sa transparence, tantôt seulement par places, tantôt dans toute son étendue; elle s'épaissit quelquefois en augmentant de densité en même temps, d'autres fois, ce qui est beaucoup plus rare, en se montrant relâchée et décomposée; elle contracte des adhérences avec la dure-mère; très-rarement et sur quelques points seulement avec la pie-mère; elle forme des exsudations gélatiniformes ou séreuses; elle est, sans aucun doute, la source de l'hydropisie cérébrale; et quoique la sécrétion semble commencer quelquefois dans les ventricules, c'est pourtant elle qui la continue. Il est singulier que toutes les membranes séreuses n'exsudent que par leur face interne, et sans qu'on y puisse trouver de vaisseaux. Nous voyons se comporter ainsi l'arachnoïde, la face interne du péricarde, la tunique vaginale du testicule et du cordon des vaisseaux spermatiques. Que conclure de là, si ce n'est que nous ne connaissons pas encore entièrement la nature et l'usage des membranes séreuses.

Dans un seul cas la pie-mère a été plus dure qu'à l'ordinaire. Cette membrane est celle qui s'altère le plus rarement, à moins qu'on ne veuille mettre sur son compte

l'engorgement et la turgescence de ses vaisseaux. Cela doit arriver très-souvent dans la vie; mais nombre de fois sans doute sans laisser la moindre trace. Cependant les vaisseaux très-mous et lâches de la pie-mère semblent aussi susceptibles de dilatations chroniques, d'où il peut bien résulter une propension aux maladies les plus importantes de l'encéphale. Cette dilatation chronique peut être produite surtout par des ivresses fréquentes ou par l'influence souvent répétée de gaz irrespirables.

La dure-mère tient au crâne, tantôt d'une manière trop solide, tantôt trop lâche; par fois elle s'ossifie en partie, surtout dans son appendice falciforme. Deux des cas précédens étaient caractérisés par une semblable ossification. L'adhérence morbide entre la dure-mère et l'arachnoïde peut provenir de la première aussi bien que de la dernière. Mais il est vraisemblable que la cause réside dans la dernière, d'autant plus que celle-ci s'altère beaucoup plus souvent que la dure-mère, et que le plus ordinairement les trois membranes sont collées entr'elles, preuve certaine que l'adhérence est partie de la membrane moyenne, comme nous l'avons vu dans un des cas rapportés.

On sait depuis long-temps que le crâne des idiots et des fous est toujours épaissi; six de nos autopsies prouvent de nouveau ce fait. Mais si quelques-uns croient que cet épaississement des os du crâne est *chaque fois* la suite d'un long état d'idiotisme ou de folie, une foule de cas où cela n'a pas eu lieu sont là pour prouver le contraire. Ce qu'il y a de remarquable en cela, c'est que l'épaississement du crâne est toujours plus considérable à l'occipital; plus on va en arrière, plus l'os se montre épaissi; rarement le frontal prend part à cette hypertrophie.

Le crâne présentait en outre :

A. *De l'obliquité*, surtout en quatre cas. Mais il serait

difficile de prouver qu'il existe un rapport entre cette déviation et l'état morbide des facultés intellectuelles, attendu que beaucoup de personnes, qui ont un crâne considérablement oblique, jouissent pourtant de la meilleure santé, et que nos malades mêmes, nonobstant leur crâne oblique, avaient été sains pendant long-temps, avant de perdre la raison.

B. *De la carie*; dans un seul cas.

C. Des formations stéatomateuses. Elles peuvent parvenir à un volume fort considérable et détruire l'encéphale dans une grande étendue, avant de causer la mort: les cas XII et XLV prouvent cela.

La substance de l'encéphale présentait des altérations diverses. Dans sept cas où l'état de délâbrement des facultés mentales avait duré long-temps, toute la substance médullaire se montrait tenace, dure comme du cuir, absolument comme Morgagni et d'autres l'ont trouvée, et il n'est pas impossible que la formation de la sérosité seule, commencée peu avant la mort, ait été la cause du changement toutes les fois que l'encéphale n'a pas offert cette ténacité. Car dans les cas où cet organe s'est montré tenace et endurci, on n'a jamais découvert d'épanchement aqueux, ni dans les ventricules, ni à la plus grande surface de l'encéphale, ni dans sa substance; tandis que dans les cas où l'encéphale a été trouvé généralement ramolli, il y avait aussi des épanchemens. Or, il est très-vraisemblable que ce dernier phénomène n'a pas existé long-temps pendant la vie, mais qu'il a seulement amené l'issue mortelle, et que l'exsudation séreuse est précédée ordinairement d'un ramollissement de la substance encéphalique.

La substance encéphalique se montra ramollie dans tous les cas où prédominait l'exsudation séreuse, particulièrement en six cas; dans deux de ces cas, le ramollissement fut si grand, que la substance médullaire était absolument diffluente aux endroits où elle avait le plus de

mollesse, au point qu'elle était sans forme et ne conservait pas la moindre trace des incisions qu'on y pratiquait. Dans un de ces cas ce phénomène fut la suite évidente d'un stéatôme considérable, car cette diffluence ne se remarquait qu'aux parties de la substance médullaire, sur lesquelles le stéatôme exerçait une pression immédiate.

Dans le deuxième cas, l'encéphale était flasque, flétri, affaissé, et ne remplissait pas sa cavité; partout il s'était formé des épanchemens d'eau, et enfin, l'encéphale était devenu, vraisemblablement peu avant la mort, une masse absolument amorphe.

Le ramollissement de la substance médullaire précède également la suppuration, et peut être considéré comme un symptôme inflammatoire; les plaies de l'encéphale nous fournissent les meilleures preuves de cela. Chaque fois que cet organe est blessé, il change d'abord de couleur et devient plus foncé, enfin tout à fait gris-noir. En même temps, il se ramollit, et c'est seulement alors qu'il passe à l'état de suppuration. On observe la même chose lorsque, dans la carie des os du crâne, une partie de la masse encéphalique s'altère.

La diminution de volume de quelques parties encéphaliques individuelles, telles que des corps striés, des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, du cervelet, et dont les autopsies décrites nous fournissent des exemples, semble provenir de l'inflammation et du ramollissement de ces parties. Car les autres parties de l'encéphale restent plus élastiques, se dilatent aux dépens de celles ramollies, et causent ainsi une diminution durable dans leur volume.

Aucun organe encéphalique, surtout chez les idiots, n'est trouvé altéré aussi souvent et à un aussi haut degré que le cervelet. On le rencontre flasque, diminué de volume, comprimé, le quatrième ventricule aggrandi, se prolongeant, dans des cas rares, en bas dans le cordon

rachidien jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale, comme chez les animaux ou chez le fœtus. En considérant que, chez les idiots, les plus grandes altérations ont lieu généralement dans l'occiput, où le crâne se montre le plus épaissi, les lobes postérieurs le plus raccourcis, et le cervelet flétri et rabougri plus souvent que d'autres parties, on est conduit à présumer que ce n'est pas au-dessus des yeux et sous le coronal, mais bien dans l'occiput, que sont situés les organes les plus importans de l'encéphale, qui caractérisent surtout l'homme. Cette conjecture se confirme aussi particulièrement en ce que, c'est chez l'homme que les lobes postérieurs du cerveau s'étendent le plus en arrière, et qu'aucun des autres mammifères n'a le cervelet couvert par ces lobes dans une aussi grande étendue que l'homme. La nature paraît aussi avoir attaché plus de prix à ces organes, en ce qu'elle les a enveloppés des os les plus forts et les a pourvus de cheveux à l'extérieur, tandis qu'elle a laissé le front plus libre et plus nu. Le crâne d'un crétin offre peu de déviation d'un crâne normal, sous le rapport de la forme du front; mais les pariétaux et l'occipital présentent chez lui une forme tout autre. Moins le crâne offre de hauteur au-dessus des oreilles, plus l'esprit est borné, plus il y a de disposition à l'idiotisme. Chez de vieux idiots et épileptiques, le volume de l'occiput diminue insensiblement, tandis que le front conserve sa forme primitive.

Après le cervelet, aucune partie de l'encéphale n'est aussi souvent malade que *le corps strié*; ordinairement celui d'un côté plus que celui de l'autre. Une fois il s'était transformé en une hydatide; une autre fois il avait pris la couleur grise foncée des couches corticales; plusieurs fois il présentait de petites coagulations de sang. Cependant, si Marshall soutient avoir vu chaque fois, dans les hémiplégies, une altération du corps strié du côté opposé, nos autopsies ne confirment pas cela d'une manière ab-

solue ; car tantôt nous l'avons trouvé entièrement sain, après des hémiplégies ; tantôt nous avons observé des altérations de celui du côté malade ; de manière que nos idées sur la destination de ce ganglion ne sont pas encore bien fixées.

Chez une personne épileptique depuis son enfance, *la glande pituitaire* se trouvait endurcie ; mais rien de semblable n'a eu lieu chez beaucoup d'autres épileptiques.

On a trouvé des concrétions calculeuses sur la plus grande partie de la surface des hémisphères, dans un cas ; des hydatides dans trois cas ; dans un autre cas, une turgescence d'un des hémisphères ; et, dans deux cas, la descente du colon transverse dans la cavité du bassin, observée par Esquirol. La dernière disposition s'est trouvée chez des malades qui avaient mangé beaucoup, et avaient été obstrués souvent et long-temps.

Il a été ouvert en tout :

1.° Une femme à la suite de manie puerpérale. L'autopsie ne présenta qu'un épaississement considérable de l'arachnoïde.

2. Douze sujets à la suite de manie. Chez trois d'entre eux, l'encéphale était tout-à-fait sain ; chez trois autres, on ne trouva qu'un épaississement et une exsudation de l'arachnoïde ; encore chez trois, de la dureté de la substance médullaire ; une fois aussi de la pie-mère ; une autre fois, en même temps, une obliquité de l'encéphale ; et chez les trois derniers, de simples phénomènes hydropiques. Le crâne n'était épaissi qu'une seule fois, chez une vieille maniaque.

3.° Trois à la suite de démence. L'un avait l'encéphale entièrement sain ; le second offrait des concrétions calculeuses dans la substance corticale du cerveau, et le troisième, une coagulation sanguine dans le corps strié ; les méninges avaient en même temps contracté des adhérences entre elles.

4.° Quatre épileptiques, qui étaient en même temps aliénés et idiots. Chez l'un, la tige pituitaire était transformée en cartilage; chez l'autre, la moitié gauche du cerveau était dans un état de turgescence.

5.° Quatre, qui avaient été long-temps affectés de folie; l'un de ces cas se trouvait compliqué d'épilepsie. Le crâne de ce dernier était épaissi, et la faux du cerveau ossifiée. Dans un autre cas, le crâne était également épaissi et l'encéphale dur; dans le troisième cas, obliquité de l'encéphale et du crâne, et hydatides au cerveau; et dans le quatrième cas, le crâne et l'encéphale avaient une structure très-régulière.

6.° Sept mélancoliques. Chez trois d'entre eux, il n'y avait rien d'irrégulier; chez un, l'encéphale était considérablement dur; chez deux, l'arachnoïde épaissie, et chez le dernier, une ossification dans la faux du cerveau.

7.° Six, devenus idiots à la suite d'apoplexie. Chez l'un, une carie du rocher et de l'eau dans l'encéphale; chez trois, hydropisie ascite; chez les deux autres, des hydatides. Dans l'un des deux derniers, le corps strié s'était excavé en hydatide.

8.° Quinze autres idiots. L'un présentait un ostéostéatôme volumineux à la base du crâne, qui avait causé de grandes destructions. Chez un second, le crâne était mince et l'encéphale hydropique; chez tous les autres, le crâne se montrait plus ou moins épais, l'encéphale flasque, mou, avec des phénomènes hydropiques à différens degrés.

---

*Observation d'une espèce de diplopie guérie au moyen d'une opération chirurgicale; rapportée par le docteur* G. B. Quadri, *directeur et professeur de clinique à l'Université royale de Naples.* (*Extrait par* E. M. Bailly.)

Martinez, âgé de soixante ans, d'une constitution forte

et robuste, était depuis quelques mois affecté d'une diplopie qui rendait ses mouvemens incertains, lorsqu'il vint me consulter, après avoir employé sans succès les remèdes les plus efficaces conseillés par des praticiens habiles.

Deux circonstances me parurent très-singulières : la première, c'est que les yeux n'offraient en rien l'aspect qu'ils ont coutume d'avoir dans le cas d'altération des nerfs. En effet, l'iris paraissait sain et très-mobile; les mouvemens des pupilles étaient réguliers, et l'œil ne présentait en rien cet aspect de profondeur qui n'accompagne pas seulement l'amaurose, mais encore l'amblyopie amaurotique; en outre, les plis de l'iris étaient profonds et solides comme ceux de l'iris le plus sain et le plus régulier. La seconde circonstance, c'est que je ne trouvais pas dans cette diplopie les visions de mouches, de cheveux et autres objets, qui existent presque toujours dans les cas d'altération du nerf optique.

Le traitement consistait dans l'emploi des pilules de Richter, et le malade m'assurant que, bien loin de diminuer, la maladie faisait des progrès, je pensai que l'altération des nerfs ne devait être que légère ou nulle, et que la diplopie devait dépendre d'une toute autre cause. Je crus la trouver dans la pression exercée par une quantité surabondante de tissu cellulaire qui entourait les yeux et qui se trouvait surtout au-dessous de la caroncule droite. Cette caroncule était soulevée par une espèce de tumeur assez grosse qui poussait l'œil vers l'angle externe, et qui le chassait hors du centre de l'orbite; ce qui finit de me convaincre de la justesse de mon diagnostic, c'est que, lorsque je poussais de dehors en dedans et en haut l'œil (qui était porté en dehors, comme cela a lieu quand quelque tumeur commence à se développer au fond de l'orbite), la diplopie disparaissait et la caron-

cule devenait proéminente comme si elle eût été sur une tumeur enkystée.

Ces observations me déterminèrent à ouvrir la caroncule droite en incisant de haut en bas, et à pénétrer dans l'orbite au moyen d'une petite pince avec laquelle j'enlevai trois lambeaux de tissu cellulaire au-dessous de la caroncule. La plaie fut guérie par première intention et le malade obtint quelque soulagement. Cette tentative me convainquit de plus en plus que je ne m'étais pas trompé dans la seconde partie de mon diagnostic; en outre, je reconnus qu'il n'y avait pas de tumeur enkystée comme je l'avais supposé d'abord, mais que le tissu cellulaire de la cavité orbitaire était très-abondant dans cette partie. La facilité avec laquelle le malade guérit de sa blessure, et l'utilité qu'il retira de l'opération, me déterminèrent à y revenir avec plus de courage.

Quelques jours après, je fis donc de nouveau une incision à la caroncule droite auprès de l'angle interne de l'œil; et après avoir ouvert la conjonctive qui recouvrait le tissu cellulaire orbitaire, j'enfonçai mes pinces très-profondément dans l'orbite et je retirai de l'angle interne de l'œil trois autres portions de tissu cellulaire dont le volume pouvait égaler celui d'un demi-pouce cube environ. Pendant l'opération un aide avait exercé sur l'œil une pression tendant à enfoncer cet organe dans l'orbite et à l'éloigner du côté interne. Cette opération exigea beaucoup de ménagemens, tant pour éviter de blesser le tendon du grand oblique et le rameau nasal de la cinquième paire de nerfs et les autres branches du moteur commun qui se trouvent dans le voisinage, que pour ne pas laisser ou enlever trop de tissu cellulaire; difficulté qui devenait d'autant plus grande que ce qu'il fallait enlever n'était point contenu dans un kyste. Je ne savais pas ce qu'il était nécessaire de couper pour ne pas en emporter trop ou trop peu.

La plaie fut réunie par un point de suture et des bandelettes agglutinatives. La guérison s'obtint par première intention ; cependant cette fois le travail inflammatoire fut plus grave. L'irritation fut néanmoins calmée au moyen de sangsues appliquées autour de la blessure qui se cicatrisa en peu de jours, et la vision se rétablit dans toute son intégrité. Deux ans se sont écoulés depuis cette opération, et la guérison n'a pas cessé d'être stable et complète. On peut expliquer ce fait en disant que l'inflammation excitée par l'opération mécanique a rendu le tissu cellulaire dense et l'a empêché de s'accumuler comme précédemment.

# VARIÉTÉS.

## *Académie royale de Médecine.*

*Section de Médecine.* — *Séance du 28 novembre 1824.* — *Fièvre jaune.* — M. Gasc lit l'observation d'un individu qui succomba avec tous les symptômes qui caractérisent la fièvre jaune, à l'exception du vomissement noir. A l'autopsie, on trouva une forte injection des vaisseaux des méninges cérébrales ; la cavité de l'arachnoïde rachidienne contenait une quantité assez abondante de sérosité sanguinolente. L'estomac renfermait plusieurs onces d'un liquide de couleur café ; la membrane muqueuse gastro-intestinale était évidemment enflammée dans plusieurs points. La coloration jaune existait dans beaucoup d'organes, et sur-tout dans les reins, dont la substance mamelonnée offrait une teinte jaunâtre très-foncée, et qui tranchait sur la couleur rouge-brun de la substance corticale.

*Anévrysme de l'aorte.* — M. Ferrus rapporte succinctement l'histoire d'une femme qui était affectée d'un anévrysme énorme de l'aorte, comprimant le tronc de la veine axillaire gauche. Le membre de ce côté était froid ; les veines se dessinaient à sa surface sous la forme de gros cordons, durs, que la pression ne faisait disparaître qu'incomplètement. Les doigts de la main du même côté avaient cette teinte violacée qui annonce la gangrène. La veine radiale fut incisée largement à la partie moyenne de l'avant-bras ; il se présenta d'abord à son ouverture un caillot fibrineux qu'on retira : il avait quelques pouces de longueur. Immé-

diatement après son extraction, il sortit un jet de sang très-notablement rouge, *mais froid*. La saignée fut renouvelée deux fois, et deux fois il sortit un sang rouge et froid. Cette femme succomba dans la nuit suivante, et l'autopsie fit voir un anévrysme énorme de la courbure aortique, dont la partie supérieure comprimait la veine axillaire qui contenait, ainsi que toutes les autres veines du membre, des caillots fibrineux solides et très-résistans qui remplissaient exactement leur cavité. Cette coagulation et ce refroidissement du sang pendant la vie, sont deux circonstances fort remarquables dans l'histoire de cette malade.

*Affections cancéreuses.* — M. Velpeau lit quelques observations suivies de réflexions, sur plusieurs cas de maladie cancéreuse, tendant surtout à prouver l'altération des fluides comme moyen de transport du principe de ces maladies. Nous avons décrit dans le cahier précédent (*voy.* page 295), une pièce d'anatomie pathologique présentée par l'auteur, et qui était relative à l'une de ces observations.

*Séance générale du* 30 *novembre*. — *Remède de Mettemberg*. — M. Double lit un rapport détaillé sur le remède du sieur Mettemberg, dans lequel il démontre les inconvéniens et les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de ce médicament. Nous donnerons prochainement un extrait de ce rapport, dont les conclusions prouvent qu'il est très-important que l'autorité s'oppose au débit de la *quintessence* du sieur Mettemberg.

*Anencéphalie.* — M. Moreau présente un fœtus de six mois, anencéphale, dont le rachis est bifide seulement dans sa portion verticale. Il n'existe pas de parois abdominales, et tous les viscères de cette cavité sont contenus dans la base du cordon qui leur forme une enveloppe transparente. Le cœur est passé dans cette cavité à travers une ouverture congénitale du diaphragme.

*Empyème.* — M. Larrey présente deux individus qui étaient affectés d'hydrothorax, et chez lesquels l'opération de l'empyème a été suivie de la guérison complète. Chez l'un d'eux l'épanchement était consécutif à une plaie d'arme à feu qui nécessita l'extraction d'une balle qu'on trouva dans la cavité de la poitrine : chez l'autre, l'épanchement était beaucoup plus considérable et plus ancien ; aussi le côté correspondant du thorax offre-t-il un rétrécissement remarquable comparativement au côté opposé.

*Séance générale du* 7 *décembre*. — On procède à l'élection d'un président annuel de l'Académie ; le nombre des votans est de 81 : M. Vauquelin ayant obtenu 73 voix, est nommé président.

M. Coutanceau est également élu, par voie de scrutin, à la place de trésorier de l'Académie, en remplacement de M. Désormeaux, démissionnaire.

M. Bégin lit un rapport au nom de la commission d'anatomie pathologique, dans lequel on propose de demander au Ministre de l'intérieur

l'autorisation de faire les ouvertures de tous les chevaux qu'on abat dans les voieries de Paris. Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

*Acupuncture*. — M. J. Cloquet lit une notice sur l'acupuncture, et sur les avantages de son application dans un très grand nombre d'affections rhumatismales et névralgiques. Elle sera insérée dans le prochain cahier.

*Oblitération des veines ; hydropisie*. — M. Legallois présente au nom de M. Laennec, une veine cave avec l'iliaque droite et la saphène du même côté, complètement oblitérées et remplies par un caillot fibrineux solide et organisé, ayant dans quelques points tout l'aspect de la chair musculaire. L'individu chez lequel on trouva cette altération, était affecté d'une ascite et d'une leucophlegmatie des membres abdominaux.

*Séance du 14 décembre*. — *Croton tiglium*. — M. Caventou lit une note sur le *croton tiglium*. Il résulte des recherches qu'il a faites sur ce végétal, que sa semence est la même que celle que nous avons en France et qu'on recueille du pignon-d'Inde ; que c'est à tort qu'il a désigné conjointement avec M. Pelletier, en 1818, sous le nom de *jatropha curcas*, un pignon-d'Inde qui naît aux Antilles ; que l'huile de *croton tiglium* qu'on fait venir à grands frais d'Angleterre, n'est autre que celle qu'on retire de notre pignon-d'Inde. Enfin, il annonce que des expériences thérapeutiques faites comparativement avec ces deux huiles, par MM. Kapeler et Récamier, ont démontré que leur action est identique.

M. Léveillé continue la lecture de son intéressant mémoire sur l'*encéphalopathie-crapuleuse*.

*Diabètes*. — M. Ségalas présente le rein d'une femme diabétique qui offre une augmentation de volume assez considérable, et dont les deux substances, quoique distinctes l'une de l'autre, ont l'aspect de la chair musculaire lavée. L'urine que rendait cette femme contenait un septième de sucre, et l'analyse chimique n'a pu en offrir aucun vestige dans le sang retiré sur cette malade. (*Voy*. la note ci-après sur ce sujet.)

*Rupture du cœur*. — M. Baron présente le cœur d'un individu mort subitement d'une rupture de cet organe. L'altération est située à la partie moyenne environ de la face antérieure du ventricule gauche. Les bords de la déchirure, qui peut avoir trois lignes de longueur, sont un peu amincis, sans trace d'ulcération antérieure, et l'on n'observe pas de ramollissement notable de la substance charnue dans cette portion de la paroi du ventricule.

---

*Note sur une épidémie de gastro-entérite observée à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant les années* 1805 *et* 1806 ; *par* G. Breschet.

Je compulsais les registres contenant les procès-verbaux de la Société anatomique, pour y trouver quelques faits relatifs à un sujet que je traite en ce moment sur l'anatomie pathologique, lorsque je découvris dans un

de ces procès-verbaux l'exposé succinct que j'avais fait en 1806 des symptômes et des ravages d'une affection inflammatoire fébrile qui régnait en 1805 et 1806 à l'Hôtel-Dieu. Cette maladie a fait le sujet de plusieurs leçons cliniques de M. le professeur Récamier, et je me rappelle très-bien avoir remis à ce médecin respectable des observations recueillies dans les salles qui appartenaient à mon service d'interne, salles dans lesquelles M. Récamier faisait la visite. M. Tueffert, médecin distingué, établi à Montbelliard, remplissait alors comme moi les fonctions d'élève interne à l'Hôtel-Dieu, et comme moi il avait observé un grand nombre de fois la maladie dont je parle. Je me rappelle aussi que notre ami le docteur Savary, un des médecins qui faisaient le plus d'honneur et par leur savoir et par leur caractère à l'École de Paris, racontait à la Société anatomique les observations qu'il avait faites sur le même genre de maladie, soit à l'Hôtel-Dieu, soit chez les indigens du quartier du Panthéon auxquels il prodiguait ses soins. En 1813 on a publié la relation d'une épidémie semblable ou analogue, observée à l'Hôtel-Dieu; mais le médecin honorable et le jeune médecin plein de zèle pour la science, qui ont publié cette relation (1), n'ont pas cru devoir citer mes observations ni celles de M. Récamier, de MM. Tueffert et Savary, parce que sans doute ils ont pensé que leur fièvre *entéro-mésentérique* différait essentiellement de la maladie dont je vais parler. Il faut bien le croire puisqu'ils recommandent les toniques et puisqu'ils disent que les saignées étaient nuisibles, etc.; tandis que dans l'épidémie que j'ai vue, les délayans, les saignées générales et locales, les topiques émolliens, formaient la base du traitement. Cette affection aurait-elle des analogies avec quelques-unes des maladies que des modernes comprennent sous le titre de *gastro-entérite*? Je ne le crois pas; car ce n'est que depuis quelques années qu'on connaît ce mot, et avant M. Broussais, nous ne pouvions, pas plus que Sarcone, Rœderer et Wagler, etc., etc., avoir observé des inflammations des intestins. Cependant cette note, que je publie dans l'intérêt de l'histoire de la médecine, et dont l'exactitude pourra être attestée par M. le professeur Récamier, montrera peut-être à quelques personnes qu'on connaissait depuis long-temps la fréquence des inflammations des membranes muqueuses des voies digestives, lorsque la *doctrine physiologique* est venue nous répéter cette vérité.

*Séance de la Société anatomique du 24 décembre* 1806. — « M. Tueffert parle d'une affection inflammatoire fébrile et épidémique qui a régné l'année dernière et qui se fait encore observer cette année à l'Hôtel-Dieu, mais avec moins d'intensité. Cette affection, qui a de grandes analogies avec la fièvre adéno-meningée, a ceci de particulier qu'elle est accompagnée d'une éruption comme tuberculeuse ou aphtheuse dans les gros in-

(1) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, observée, reconnue et signalée publiquement à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans les années 1811, 1812 et 1813; par MM. A. Petit et E. R. A. Serres. Paris, 1813.

testins, et particulièrement dans le cœcum. Souvent aussi il y a des ulcérations plus ou moins étendues. Cette affection paraît différer des fièvres adynamiques en ce que les toniques et les stimulans augmentent toujours les accidens. M. Breschet, qui a communiqué à la Société anatomique plusieurs observations de cette affection, recueillies sous M. Récamier, pense qu'elle se rapproche beaucoup plus de la fièvre muqueuse ou de la fièvre mésentérique de Baglivi, que des fièvres adynamiques proprement dites. Il dit qu'il n'y a pas de prostration, ni de *decubitus resupinus*. Le malade est bien couché sur le dos, mais les membres inférieurs sont fléchis pour diminuer la tension de l'abdomen; les mouvemens ne sont pas impossibles, mais douloureux; le ventre est d'une grande sensibilité. Le plus sonvent, il n'y a pas de selles; la face n'a pas l'aspect cadavéreux qu'elle présente dans les fièvres adynamiques; elle exprime plutôt la douleur que la prostration. Le pouls est quelquefois fort et développé; enfin on pourrait établir une comparaison entre cette affection, certaines fièvres muqueuses et la dysenterie sèche. C'est une *phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale avec éruption aphtheuse et ulcération*. Le péritoine ne participe point à l'état inflammatoire de la membrane muqueuse. M. Savary, qui a aussi observé cette maladie, pense qu'il existe des faits analogues dans l'épidémie de Gottingue observée par Wagler et Rœderer. Cependant on ne rencontre pas dans la maladie dont parlent MM. Tueffert, Breschet et Savary, de vers trichurides dans les intestins, tandis que ces vers étaient fréquens et nombreux dans l'épidémie de Gottingue. M. Tueffert affirme que dans les cas soumis à son observation, il n'a vu aucune ressemblance avec la fièvre adynamique et la fièvre muqueuse. L'état des intestins n'est pas le même. Ici il existe toujours une inflammation légère ou une inflammation avec ulcération de la membrane muqueuse intestinale. La Société invite les membres qui ont ou auront à leur connaissance des observations semblables, à en faire le sujet d'un mémoire pour le lui communiquer. »

### *Nouveau moyen d'éviter les fausses routes en portant le caustique dans un rétrécissement de l'urètre.*

Tous les jours apportent de nouveaux faits en faveur de la méthode de cautériser les rétrécissemens de l'urètre, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Un grand nombre de malades, déserteurs du traitement par les bougies emplastiques et par la terrible bougie armée, sont déjà redevables à notre confrère Ducamp, d'un bien-être que depuis longtemps ils n'espéraient plus, et pourtant cette méthode, encore à sa naissance, n'est pas enrichie de toutes les améliorations qui seront faites par les chirurgiens qui la mettent en pratique.

Cependant ce procédé, rationel s'il en fût, présente assez souvent des difficultés à vaincre, et peut, lorsqu'il est employé d'une manière irréfléchie, donner lieu à des accidens graves, qu'on éviterait toujours, si on avait continuellement à la mémoire ce précepte de Ducamp, de ne ja-

mais employer la force pour introduire le caustique, et de ne cautériser que lorsque, par les moyens explorateurs, on sera parfaitement sûr de la disposition de l'endroit sur lequel on veut porter l'agent destructeur.

Certes, en suivant ces indications à la lettre, on ne causerait jamais d'accident, mais aussi il faudrait quelquefois renoncer à donner ses soins à des malades chez lesquels l'exploration n'est pas aussi facile que Ducamp l'avait d'abord imaginé, et qui, conséquemment, présentent des chances défavorables à la sûreté avec laquelle peut se faire l'application du caustique.

Parmi ces malades, il en est beaucoup chez lesquels la sonde exploratrice (celle qui porte la cire) amène une empreinte qui n'éclaire nullement sur le lieu du rétrécissement; il arrive même souvent, que plusieurs sondes de cette nature, portées sur le même obstacle, présentent à leur extrémité malléable des saillies différentes et quelquefois n'en présentent aucune, ce qui rend l'exploration nulle. Eh bien! chez ces malades, dont le rétrécissement ordinairement est situé sous le pubis, on peut fréquemment introduire, presque sans peine, et au moyen d'un conducteur, une très-petite bougie creuse dans l'obstacle; mais malgré l'introduction préliminaire de cette petite bougie, lorsqu'on veut se servir du porte-caustique on éprouve des difficultés pour porter le médicament dans le rétrécissement, soit parce que la cuvette n'entre pas effectivement, soit parce que, buttant contre la paroi molle du canal, on craigne de se fier à la fausse sensation d'introduction qui en résulte, soit enfin que l'on craigne encore d'introduire la cuvette dans le sinus que présentent fréquemment au-devant de leur rétrécissement des malades qui ont fait préliminairement un usage maladroit des bougies. On sent de suite le grave inconvénient d'une méprise de ce genre, et combien souvent cette méprise peut arriver dans d'autres lieux et pour d'autres motifs.

C'est donc à ces inconvéniens qu'il m'a paru utile de remédier. On connaît le moyen employé par plusieurs praticiens pour mettre, dans des cas difficiles, à la place d'une petite sonde, une autre un peu plus grosse. On sait, qu'en introduisant un fil métallique d'une longueur presque triple de celle de l'urètre dans l'intérieur de la petite sonde, on peut retirer cette dernière, qui est percée suivant son axe à son extrémité oculaire et laisser dans le canal le fil métallique qui sert de directeur pour introduire la sonde plus volumineuse qu'on veut faire succéder à la première.

J'ai pensé que ce qu'on fesait pour changer de sonde, on pouvait le faire pour que le porte-caustique puisse succéder à la bougie creuse que préliminairement on a pu introduire avec le fil métallique dans son intérieur.

Pour cela, j'ai fait pratiquer dans la cuvette, la douille qui la porte, la tige de gomme élastique et son manche, un petit trou destiné à recevoir le fil métallique, qui, parcourant toute la longueur du porte-caustique par son point central, fait que cet instrument doit suivre nécessai-

rement jusques sur l'endroit rétréci. Il est facile de concevoir, qu'arrivé là, et en forçant un peu sur l'instrument en entier, et sur la tige en particulier, la cuvette entre nécessairement dans le point rétréci, et ne peut entrer autre part. Je crois qu'il n'est pas nécessaire de dire, que pour atteindre à ce but, on doit tendre la verge et maintenir le fil métallique assez enfoncé pour que son extrémité soit au-dessus du point rétréci.

Ce procédé sera encore fort avantageux, lorsque, opérant sur un long rétrécissement, dont on aura déjà détruit la partie antérieure, on voudra, pour soulager de suite le malade, en le fesant uriner, cautériser le reste avant de donner, par de nouvelles applications de caustique sur la partie déjà dilatée, un élargissement suffisant au canal; mais alors il faudra se servir d'un porte-caustique d'un diamètre assez petit pour qu'on puisse introduire son extrémité dans l'ouverture déjà faite. Je crois même, qu'à l'aide de ce moyen, on pourra faire ce que Ducamp n'osait entreprendre, c'est-à-dire porter de suite le caustique dans toute la longueur du rétrécissement en y introduisant d'un seul coup une cuvette longue et mince.

La disposition du fil métallique n'est pas une chose indifférente pour bien exécuter ce que je viens de proposer. Il est d'abord nécessaire qu'il soit assez fin pour passer avec facilité, et même jouer dans toute la longueur du trou qui parcourt la cuvette du porte-caustique; il faut ensuite que chaque bout présente un léger renflement, afin qu'il ne butte ni dans la sonde ni dans la tige. Ces renflemens, surtout celui qui entre dans la verge et qui est le plus gros, doivent avoir la forme d'une olive très-alongée. Lorsque la cautérisation est faite, et qu'on veut retirer le porte-caustique, il est bon de tirer le fil métallique jusqu'à ce que le renflement soit à l'extrémité de la cuvette; on enlève alors en même temps et le fil et le porte-caustique. Cette manière d'agir diminue d'autant les douleurs du malade qui se plaint lorsqu'on retire le fil seul. Il faut encore avoir soin de rendre le fil métallique droit avant de s'en servir, car lorsqu'il est contourné comme au sortir de la filière, l'opération est plus difficile. Le moyen de le rendre droit est bien simple, il suffit de le passer lentement dans la flamme d'une bougie en le tenant tendu.

On pourrait à la rigueur se servir d'un fil d'argent; mais comme celui-ci est fort mince, et que ce métal est facilement attaqué par le caustique, il pourrait se faire qu'affaibli dans un endroit qui aurait touché au nitrate, il ne se rompît et ne restât dans le canal. On évitera cet accident en se servant d'un fil de platine, qui joint à l'inaltérabilité, la propriété d'être plus roide, et de n'avoir pas pour se contourner autant de facilité que le fil d'argent. Ce dernier avantage sera apprécié par ceux qui pratiqueront le procédé que j'indique (1). HEURTELOUP, D. M.

---

(1) On trouve des instrumens ainsi disposés, chez M. Henry Greiling, quai Pelletier, N.° 36.

*Hydatides simulant la grossesse avec excrétion laiteuse après leur expulsion.*

M. Cartereau, médecin à Bar-sur-Seine, nous communique le fait suivant : une fille de 24 ans, d'une forte constitution, habituellement bien portante, s'expose à devenir enceinte. Au bout de quelques temps, le ventre se tuméfie, les règles deviennent irrégulières et sont suivies d'un écoulement blanc assez abondant. Un appétit bizarre joint à ces symptômes fit présumer une grossesse commençante ; cependant après quatre mois l'état reste toujours le même, et les époques de la menstruation sont toujours régulièrement marquées par un écoulement sanguin d'abord, puis leucorrhéique. Enfin le neuvième mois se passe sans apporter aucun changement dans la situation de la malade, dont le ventre n'offrait pas plus d'ampleur qu'à l'époque de quatre mois. L'écoulement blanc fait présumer à un empirique qu'il existe une maladie vénérienne, et il administre un traitement en conséquence. Trois mois s'écoulent encore et rien n'annonçait une terminaison prochaine, quand le 7 juillet dernier, à l'époque des règles, cette fille est prise de douleurs abdominales violentes analogues à celles de l'enfantement. Je suis appelé ; j'ignorais tous les détails qui précèdent ; je demande s'il y a grossesse, on me répond qu'on ne le croit pas. Le ventre pouvait simuler par son volume une grossesse de quatre mois, et les accidens dataient d'une année. Je reconnais par le toucher que l'orifice du col est dilaté d'un pouce, et je sens à travers cette ouverture un corps mollasse, inégal, analogue au placenta ; quelques gouttes de sang s'écoulaient le long de mon doigt. Les contractions utérines étaient éloignées ; elles sont activées par un bain de siège dans lequel je fais plonger la malade ; et au bout d'une heure, il se présente à l'orifice de la vulve une masse molle et inégale qui offrit à sa sortie un volume double de celui d'une tête de fœtus à terme et du poids de trois livres environ.

Cette masse est formée extérieurement par une enveloppe celluleuse, d'une épaisseur variable, dont la face interne donne naissance à de nombreux filamens blanchâtres, renflés à leur milieu, et à l'extrémité desquels adhèrent un grand nombre de petites acéphalocystes qui pour la plupart sont flasques et à moitié vides. Un grand nombre d'autres, libres de toute adhérence, avaient été expulsées aussitôt après la sortie de la masse principale. La portion de cette masse qui correspondait à l'orifice utérin présente une ecchymose profonde, et dans son épaisseur je trouvai un caillot de sang assez consistant. L'enveloppe, qui formait ainsi un kyste complet, avait été rompue au moment de l'expulsion. Il y eut immédiatement après un écoulement de sang très-abondant, mais qui diminua les jours suivans.

Au quatrième jour, fièvre de lait et excrétion très-abondante de lait pendant dix jours, malgré la diète, et qui n'a cessé qu'après l'usage de tisannes purgatives. La santé s'est ensuite complètement rétablie, et six semaines après la cessation de la sécrétion laiteuse, les règles ont reparu et depuis elles sont très-régulières et aussi abondantes qu'auparavant.

*Note pour servir à l'historique de la découverte de la circulation*

Un de nos abonnés nous adresse les remarques suivantes que nous soumettons à nos lecteurs.

« Messieurs les physiologistes, ne faisant dans leurs ouvrages, à l'article *circulation*, aucune mention de Salomon ni d'Hippocrate, je crois devoir soumettre à l'examen des érudits les citations suivantes.

Bontekoe (*de vitæ humanæ sanitate*, page 278), Witzius, *Miscellanea sacra*, tom. 2, page 164; Hottingerus, *in Bibliographiâ physico-sacrâ*; Scheuchzer, *Physique sacrée*, tome VII, page 181, col. 2, qui rapporte là-dessus le sentiment de Braunius, tiré d'un de ses manuscrits; J. Smith, *in Phil. Transact.* n. 14; Warliz, *in Valetudine senum*, ont prétendu prouver que Salomon avait eu connaissance de la circulation du sang.

Il est difficile de se persuader qu'Hippocrate n'ait pas connu la circulation du sang lorsqu'on lui entend dire « Que toutes les veines communiquent entre elles et coulent les unes dans les autres » (*edit. Van der-linden*. Lug. Bat. 1665, tom. I, page 367, sect. IX, *de locis in homine*). « que les veines qui sont répandues par tout le corps, et qui y portent l'esprit, le flux et le mouvement, sont toutes des branches d'une seule veine. J'avoue que je ne sais point, dit-il, d'où elle tire son principe, ni où elle finit; car dans un cercle on ne peut trouver ni le commencement ni la fin » (*idem*, tom I, page 304, sect. XVII, liber *de venis*). Plus loin il dit que « le cœur est la source des artères, par lesquelles le sang est porté dans toutes les parties du corps et communique la vie, la chaleur » (*id.* tom. I, *de alimento*, pag. 596, sect. VII).

*Note sur le diabètes sucré; par MM.* VAUQUELIN *et* SÉGALAS-D'ETCHEPARE.

Une femme diabétique, d'une cinquantaine d'années, étant venue à l'Hôtel-Dieu réclamer les soins de M. le docteur Asselin (1), nous crûmes devoir saisir cette occasion de vérifier un fait annoncé l'année dernière à l'article *diabètes* du *Dictionnaire de Médecine*; savoir, *la présence du sucre dans le sang* des personnes affectées de cette maladie. Ce fait, dont on attribuait par erreur l'observation à M. Wollaston, comme nous nous en sommes assurés depuis (2), nous parut d'autant plus intéressant à constater, qu'en harmonie avec les idées théoriques de quelques physiologistes, il était entièrement en opposition avec les résultats obtenus par plusieurs habiles expérimentateurs, et particulièrement par MM. Dupuytren et Thénard. En conséquence le sang recueilli a été analysé deux

(1) Le diabètes est une maladie si peu commune, que M. Asselin, médecin d'hôpital depuis cinquante-deux ans, l'observait pour la première fois.

(2) M. Wollaston dit *n'avoir pas* reconnu dans le sang un trentième du sucre qu'il a trouvé dans l'urine, à quantité égale de fluide.

fois de suite avec la plus scrupuleuse attention. Mais il a été impossible d'y découvrir un atôme de sucre, et cependant l'urine, que la malade rendait par neuf à dix pintes par jour, contenait *un septième* de cette substance (1). La salive, examinée de même à deux reprises, n'a laissé voir aucune matière analogue.

L'auteur de l'article ayant, en tenant compte de quelques expériences faites par l'un de nous sur les animaux, proposé *l'urée*, comme moyen propre à combattre le diabètes, la malade a été mise pendant quelques jours à l'usage de cette substance, et l'urine excrétée pendant cette médication a été analysée dans le but de nous assurer si l'urée viendrait s'y montrer. Mais c'est en vain qu'elle y a été cherchée, le fluide dépurateur avait conservé sa composition morbide ; seulement sa quantité avait été sensiblement augmentée.

Il est inutile de faire observer que ce résultat ne prouve point que le sucre est formé par les reins. Il se peut que cette matière existe toute faite dans le sang, et qu'elle en soit éliminée avant de devenir saisissable par nos moyens d'analyse, comme cela est déjà démontré pour l'urée, par les travaux de MM. Prevost et Dumas, et par nos propres expériences.

La femme, sujet de notre observation, a éprouvé, sous l'influence du régime animal, un amendement sensible dans le flux diabétique, sans que pour cela l'urine ait changé de composition. Mais en même temps et comme complément de la perte opérée par cette voie, il s'est établi un dévoiement abondant et opiniâtre. Ensuite, à divers symptômes de tubercules pulmonaires, sont venus se joindre ceux d'une pleuro-péripneumonie intense, et la mort a eu lieu le 13 décembre, deux années après l'apparition de la maladie primitive. L'autopsie du cadavre a été faite vingt-six heures après, sous les yeux de MM. les docteurs Adelon, Husson et Martin Solon, par l'interne de la salle, M. Caillard fils. Voici l'état dans lequel nous avons trouvé les organes : tout le corps, et sur-tout les extrémités inférieures, fortement infiltré ; *les reins* plus denses, plus rouges, et au moins d'un tiers plus volumineux qu'à l'ordinaire, mais sans altération de structure ; les uretères très-légèrement dilatés, la vessie fort ample, les capsules surrénales dans l'état normal, de même que l'estomac ; la membrane muqueuse des intestins manifestement enflammée, quoique sans ulcération ; le foie volumineux et sain d'ailleurs ; les deux poumons tuberculeux, le gauche, siège d'une pneumonie très-avancée ; les plèvres occupées par de la sérosité sanguinolente et quelques fausses membranes ; le cœur et les gros vaisseaux à l'ordinaire. Le crâne et le rachis n'ont pas été ouverts.

(1) L'urine d'une autre femme diabétique, placée dans les salles de M. Thévenot de Saint-Blaise, plus jeune que la première, mais ayant déjà deux cataractes, nous a donné depuis un peu moins de sucre, *onze et quart pour cent*. D'ailleurs ces urines ne contenaient pas d'urée, ni même, d'une manière sensible, des sels qui s'y trouvent ordinairement.

*Réclamation du docteur* DARBON, *relative à quelques assertions émises sur sa personne et son remède, dans la séance du 9 novembre dernier, de l'Académie royale de Médecine.*

M. Darbon nous prie d'insérer les observations suivantes qu'il aurait, nous dit-il, passé sous silence, si sa délicatesse n'eût pas été compromise.

1.° Un membre de l'Académie dit qu'une femme, croyant avoir le *tœnia*, réclama les soins de M. Darbon à condition qu'il ne serait payé qu'autant que le *ver* serait expulsé, et cependant il exigea le prix quoique le *ver* ne fût pas rendu. C'est bien difficile à faire croire dans un pays où la justice s'exerce, et le tiers détenteur est bien coupable de s'être désaisi du dépôt, sans que les conditions fussent remplies. M. Darbon nie le fait et il défie qu'on présente ce tiers. Ce qui prouvera que c'est une supposition qu'on a faite à M. R., qui, avant d'attaquer la bonne foi d'un collègue, aurait dû s'assurer de la vérité du fait.

2.° M. F. prétend connaître un fait semblable. M. Darbon, sachant de qui ce médecin veut parler, présente la preuve contraire. M. F. soignait madame Sanegon, femme d'un conseiller à la cour royale de Paris. Il crut que les symptômes qu'elle éprouvait dépendaient du *tœnia*. Il l'adressa à M. Darbon qui observa qu'il ne croyait pas à la présence du ver. Madame F. voulut s'en assurer en se soumettant au traitement et lui offrit une somme qu'il accepta en remettant une déclaration, par écrit, par laquelle il ne s'obligeait pas à faire rendre un ver, parce qu'il ne croyait pas à son existence, déclaration qui est entre les mains de M. Sanegon, qui sans doute n'en a pas donné connaissance à M. F.

3.° Un autre membre de l'Académie rapporte qu'une domestique, depuis long-temps attaquée de violentes coliques, se fit soigner par M. Darbon et qu'elle mourut le soir même. Il est étonnant qu'un homme réfléchi avance publiquement des faits qu'on peut prouver faux; cette femme mourut deux mois et demi après le traitement dont elle éprouva du soulagement, comme on peut s'en convaincre chez mademoiselle Grellet, rue Neuve-d'Orléans, n.° 12, et mieux encore au greffe du tribunal de première instance où existe le procès-verbal qui fut dressé par un juge d'instruction dudit tribunal.

4.° M. C. avance que plusieurs personnes lui ont remis des semences de jusquiame avec des glaires que M. Darbon avait assuré être des œufs du *tœnia*. Il déclare que ces personnes lui en ont imposé et prie M. C. de lui présenter ces personnes pour les convaincre de faux.

5.° M. Mérat prétend reconnaître une analogie d'action du grenadier avec le médicament de M. Darbon; il soupçonne qu'il doit sa vertu à cette substance. Il faudrait donc qu'elle fût aussi spécifique. Le contraire est prouvé par le rapport de M. Husson à l'Académie, d'un malade qui en éprouva de violentes coliques, sans rendre son ver, et par les preuves que M. Darbon offre à qui les désirera, de tous les malades qu'il a soignés

et soignera ; car aujourd'hui ils ont tous fait usage du grenadier, avant de s'adresser à lui, et ils n'en ont retiré d'autre effet qu'une espèce d'ivresse, des mouvemens convulsifs et des tremblemens. Cette substance a été mise dans la classe des anthelmintiques il y a 125 ans, par Andry, dans son Traité de la génération des vers, qui en faisait peu de cas, cependant des médecins ont avancé mal à propos que c'est Gomez, médecin portugais, qui en a parlé le premier. Quant à l'action d'agir du médicament de M. Darbon, pour son efficacité et sa bénignité, il s'en tient au rapport fait par les médecins de l'hôpital de la Charité de Paris, inséré dans ce numéro des *Archives*. C'est l'objet dont devaient s'occuper des membres d'une société, établie pour traiter uniquement de la science, non de la moralité, qui n'est que du ressort des tribunaux.

*Réponse de M.* BOUILLAUD *à la note de M.* BRICHETEAU, *insérée dans les* Archives générales de Médecine (*cahier d'octobre* 1824, *page* 303.)

Je viens d'apprendre que la note ci-dessus indiquée, et relative à une observation que j'avais publiée dans le cahier de juillet du *Journal complémentaire des Sciences médicales*, avait indisposé contre moi des médecins que je respecte infiniment, et à l'estime desquels j'attache le plus grand prix. Je déclare qu'il ne fallait rien moins qu'un motif aussi grave pour me faire répondre à la note de M. Bricheteau. Ce médecin m'accuse d'avoir manqué d'indulgence *envers mon confrère de la Maison de santé*. J'avoue que je ne puis concevoir le motif d'un si sensible reproche. Il n'y a rien, absolument rien dans mon observation qui puisse autoriser une semblable inculpation. Que M. Bricheteau veuille donc bien me citer les faits sur lesquels repose le reproche de défaut d'indulgence qu'il m'adresse. Je le remercierai, si ce reproche est juste : s'il ne l'est pas, ce qui me paraît indubitable, je saurai l'oublier. C'est ainsi que je veux me montrer *peu indulgent envers mes confrères*, même lorsqu'ils l'ont été très-peu à mon égard.

Quant à l'observation qui a donné lieu à la note critique de M. Bricheteau, si elle est *curieuse* et *fort intéressante*, ainsi qu'il l'a dit lui-même, je n'en veux pas davantage. Si M. Bricheteau combat par des faits les conclusions que j'en ai déduites, alors j'essaierai de lui répondre. Mais que veut-il que je réponde à des déclamations qui, pour être écrites avec une chaleur qui tient presque de l'enthousiasme, n'en sont pas moins des argumens peu concluans dans la question dont il s'agit ?

B.D

# BIBLIOGRAPHIE.

*Notice historique sur le docteur* Jenner, *auteur de la découverte de la vaccine, suivie de notes explicatives; par* Louis Valentin. *In*-8.°, 1824. *Deuxième édition. Nancy.* (*Se vend au profit des pauvres.*)

Il serait fastidieux de rappeler ici les services que Jenner a rendus à l'humanité en découvrant la vaccine; presque toute la génération présente en consacre le souvenir. Qui peut ignorer ce que lui doivent la population et la beauté? Ce bienfaiteur du genre humain, dont le nom sera béni et révéré par nos arrière-neveux, a été enlevé par l'impitoyable mort, le 26 janvier 1823, à 74 ans. Rien d'aussi naturel que l'amour, la reconnaissance, tous les sentimens qui caractérisent les amis de l'humanité, se réunissent pour lui payer un tribut de gratitude. Il était spécialement réservé à l'amitié d'en donner le signal, et d'initier le public dans toutes les particularités intéressantes de la vie glorieuse de cet homme qui s'est acquis tant de titres à la reconnaissance des nations civilisées. Son savant ami, M. Valentin, auteur de plusieurs ouvrages utiles, et toujours guidé dans ses travaux par la philantropie, n'aurait jamais pu faire un plus digne usage de sa plume que de la consacrer à honorer la mémoire de l'inventeur de la vaccine, avec lequel il a eu des relations intimes. Dans un style simple, concis, élégant et rapide, M. Valentin expose avec fidélité et exactitude tout ce qui se rattache à la carrière politique et littéraire de Jenner. Cet homme célèbre, d'après ce que nous apprend l'auteur de cette notice, naquit le 17 mai 1749 à Berkeley, dans le comté de Glocester, où son père était un des propriétaires les plus notables et jouissait d'une haute considération. A l'âge de quinze ans, le jeune Jenner commença à étudier la chirurgie chez Daniel Ludlow, chirurgien de Sodburg. A vingt-un ans, il fut envoyé à Londres, où il demeura pendant deux ans comme élève particulier du célèbre Jean Hunter, dont il ne tarda pas à acquérir l'amitié. Nonobstant les offres avantageuses qu'on lui fit à Londres, il revint dans son lieu natal pour y exercer la chirurgie. En 1788, il y épousa miss Catherine de Kingscote, d'une des plus anciennes familles du comté de Glocester. Bientôt après ce mariage, il alla habiter Cheltenham, abandonna l'exercice de la chirurgie et prit le grade de docteur en médecine, afin de pouvoir se livrer davantage à la culture de la physiologie et de l'histoire naturelle. Outre ses ouvrages sur la vaccine, il a composé différens mémoires sur l'art de guérir, consignés pour la plupart dans des recueils périodiques & principalement dans les Transactions médico-chirurgicales de Londres; il a même quelquefois traité des sujets étrangers à la médecine. Il

paraît que ses premières expériences sur la vaccination datent de 1776; et qu'en 1780 il avait déjà parlé à M. Gardner de la propriété préservative de la vaccine contre la petite-vérole.

On sait que ce n'est qu'en 1798 que Jenner a publié son heureuse découverte, qui le combla de gloire et lui attira la reconnaissance de sa patrie. Cette découverte trouva bientôt de nombreux partisans en Europe; et l'on peut dire que s'il est dans la nature de l'esprit humain d'exagérer, jamais ce penchant naturel n'a été plus légitime que chez ceux qui ont cherché à répandre la vaccine avec une espèce de sentiment religieux. C'est surtout en France qu'elle rencontra de bien zélés propagateurs, parmi lesquels on a particulièrement distingué le docteur Odier de Genève, le duc de la Rochefoucault-Liancourt, et l'auteur même de cette notice. En 1800, elle était déjà prônée à Paris avec enthousiasme; tous les salons de cette cité, regardée comme le centre de la civilisation européenne, retentissaient d'éloges prodigués à Jenner et à sa découverte. Le gouvernement l'encouragea; les ministres de la religion et les préfets firent agir tous les ressorts de leur influence pour engager les parens à faire pratiquer cette opération sur leurs enfans; partout on créa des comités de vaccinations gratuites; le zèle devint général, et l'on a même vu les premiers magistrats de départemens se faire accompagner de médecins et se rendre dans les campagnes, afin de faire vacciner sous leurs yeux des arrondissemens entiers: moyen qui a été employé dans l'arrondissement d'Orange par M. le baron de Stassart, dont les bonnes qualités de citoyen ne le cèdent aucunement à ses profondes connaissances littéraires. M. le docteur Guérin, d'Avignon, rapporte dans sa brochure sur la vaccination, que M. de Stassart a parfaitement réussi dans cette honorable entreprise, en flattant l'amour propre des uns, en réveillant le zèle des autres, et en distribuant des secours (1).

Revenons à Jenner. On admirait en lui non seulement des talens, mais encore les qualités de l'homme de bien, celles de bon père et d'excellent ami. Une longue suite de bonnes actions envers les pauvres a marqué sa carrière. M. Valentin raconte que tous les étrangers qui visitaient ce respectable médecin, trouvaient en lui un accès facile, beaucoup de complaisance, d'instruction, et cette simplicité qui sied au vrai mérite. « On était heureux, dit-il, de pouvoir converser avec lui, et on ne le quittait point sans éprouver un sentiment d'admiration, de respect et de reconnaissance. »

Il doit intéresser à tout ami de l'humanité de connaître la vie et les travaux du Jenner, et nous osons le dire, la notice de M. Valentin, qu'il n'est permis à aucun médecin d'ignorer, comme l'observe très-bien le Journal médical de New-Yorck, ne saurait jamais être trop connue et répandue dans toutes les classes de la société: aussi a-t-elle obtenu l'accueil le plus flatteur dans tous les pays où elle est parvenue.

(Le chevalier de Kirkhoff, D. M.)

---

(1) Ce beau trait, digne d'une âme véritablement grande, mérite d'être cité comme un exemple à suivre.

*Physiologie de l'homme ; par* N. P. ADELON, *D. M. P.* 3.e *et* 4.e *vol. A Paris, chez Compère, libraire.*

Dans les deux derniers volumes de cet important ouvrage, qui sont sous nos yeux, M. Adelon continue la description des fonctions organiques, passe à la troisième classe de fonctions, celle de la reproduction ; puis sort des spécialités pour traitor différens objets qui n'ont pu ni dû être traités dans l'étude particulière des fonctions.

En tête du troisième volume se trouve la fonction des absorptions. Toutes les questions qui se rattachent à l'absorption, à la circulation du chyle, sont examinées avec détail, et les diverses opinions des auteurs à ce sujet, parfaitement discutées. Il en est de même de ce qui a rapport à l'absorption des boissons. Après les absorptions digestives, l'auteur considère les absorptions internes. Les agens de ces absorptions, d'après M. Adelon, ne sont exclusivement ni les veines ni les vaisseaux lymphatiques, mais bien ces deux ordres de vaisseaux. Les divers objets dont nous venons de faire mention comprennent une histoire complète de la chylose, de la lymphose et de l'absorption veineuse. Après ceci vient naturellement la respiration, à l'égard de laquelle, comme pour les autres fonctions, sont décrits successivement l'appareil et le mécanisme de la fonction, puis la sensation interne ou besoin à l'occasion duquel a lieu la fonction. A cette fonction sont rattachés tous les phénomènes qui en dépendent ; tous les actes dans le service desquels sont employés les phénomènes musculaires respirateurs, la discussion des différentes opinions sur la sanguification et l'hématose, etc. La circulation est traitée avec le même détail et dans le même ordre, c'est-à-dire, histoire anatomique des organes, puis description des actes. Enfin cet ordre est suivi pour les fonctions des nutritions, des calorifications, des sécrétions diverses, qui se présentent successivement et complètent le troisième volume.

La troisième classe des fonctions, qui commence le quatrième et dernier volume, comprend tout ce qui a rapport à la reproduction. Ainsi, anatomie des organes sexuels de l'homme et de la femme, anatomie des appareils de germification, de gestation, de lactation, différence des sexes, enfin description successive de tous les actes, de toutes les sensations, dont la réunion a pour objet l'accomplissement de la reproduction. Ici l'auteur, après avoir terminé la description des fonctions, traite, sous forme d'appendice aux deux dernières classes de fonctions, de l'innervation, c'est-à-dire de l'influence exercée par le système nerveux sur les fonctions organiques ; delà, anatomie du grand sympathique, du nerf vague, examen de l'innervation, de ses limites, de ses sources, de son essence. Après l'innervation sont examinées les connexions des fonctions, les rapports mécaniques, fonctionnels et sympathiques des organes. Le peu d'étendue que nous pouvons donner à notre article nous oblige, à notre grand regret, de passer sous silence les importantes vérités que M. Adelon a émises sur les rapports fonctionnels des organes,

sur leurs sympathies. La connaissance de ces vérités est pourtant du plus grand intérêt, disons de la nécessité la plus absolue au médecin praticien. A combien de maladies n'a-t-on pas appliqué un traitement plus direct et plus efficace, depuis le vif éclat que M. Broussais a jeté sur la sympathie, depuis que par l'étude de celle-ci, l'on est parvenu à découvrir dans des maladies compliquées le mobile primitif et souvent caché du désordre général. Après les sympathies, M. Adelon traite des âges de l'homme. C'est dans cette partie de l'ouvrage qu'est décrite toute la vie *intrà-utérine*, c'est-à-dire toute la physiologie du fœtus. A la suite de celle-ci vient naturellement l'histoire des différentes époques de la vie, première et seconde enfance, adolescence, virilité, vieillesse et mort. Cette histoire des diverses périodes de la vie humaine est suivie des différences individuelles de l'homme, des tempéramens, constitutions, idiosyncrasies, habitudes, et de la division des races humaines. Enfin, sous le titre de *philosophie de la science*, M. Adelon fait dans la dernière partie de son ouvrage l'histoire de la *force* et des *propriétés vitales*, qu'il regarde avec raison comme de pures abstractions de l'esprit.

Telle est la succincte indication des matériaux contenus dans le précieux ouvrage de M. Adelon. Cet ouvrage n'est pas seulement un traité élémentaire de physiologie, il est encore l'histoire la plus complète de cette science. L'auteur ne nous y présente pas pour l'état actuel de la science l'exposé de ses opinions propres; il s'impose une tâche plus pénible; il reproduit avec scrupule, il discute avec talent et impartialité l'opinion de ses contemporains comme celle de ses prédécesseurs, avant d'émettre la sienne propre; par ce moyen il met le lecteur toujours à portée de juger par lui-même, et non *jurare in verba magistri*. Je n'ai pas besoin de dire que toutes les erreurs consacrées par les ouvrages classiques modernes de physiologie ou d'hygiène sur la doctrine des tempéramens, si ridiculement regardés comme cause des caractères, penchans, aptitudes, etc., sont appréciées à leur juste valeur par M. Adelon. L'auteur a fort bien vu que les tempéramens n'ont sur les caractères spéciaux d'autre influence que celles qu'ils exercent sur l'ensemble des organes, dont ils se bornent à augmenter, diminuer ou modifier la mesure d'activité, sans jamais leur ajouter de facultés spéciales. Il en est de même de beaucoup d'autres points de physiologie, à l'égard desquels nous pourrions prouver que M. Adelon ne s'est point laissé subjuguer par l'autorité. Disons, pour terminer cet article, que rien pour l'étudiant, comme pour le médecin qui s'occupe de la science, ne peut suppléer au Traité de la Physiologie de l'homme, qui supplée lui-même à tous les ouvrages écrits sur cette matière, et que l'auteur y a sur tous les points fait preuve de connaissances étendues, d'un jugement sûr, et d'une probité scientifique aussi rare que digne d'estime. Ch. Londe.

*Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux; par* R. J. Bertin, *professeur de la Faculté de Médecine, etc.; rédigé par* J. Bouillaud, *docteur en médecine et ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8.°*

Un des plus sûrs indices du progrès que fait une science, et en même temps une des preuves les plus certaines qu'elle marche dans la bonne route, c'est la succession plus ou moins rapide de travaux de plus en plus étendus, et dont les derniers confirment l'exactitude des premiers, tout en en démontrant l'insuffisance et l'imperfection. Cette gradation s'observe dans les ouvrages qui, depuis une soixantaine d'années, ont paru sur les maladies du cœur. Sénac, dans sa volumineuse compilation, a rassemblé une foule de matériaux précieux dans lesquels on trouvera toujours à puiser et que ses successeurs même n'ont peut-être pas convenablement exploités; mais en accumulant des observations trop souvent incomplètes, il n'avait jeté sur ce chaos que quelques faibles lueurs. Sous la plume de Corvisart cette partie si intéressante de notre art prit tout-à-coup un nouvel aspect; son brillant ouvrage, dans lequel il déploya toute la profondeur d'investigation, toute la sagacité dont la nature l'avait si libéralement pourvu, son ouvrage, dis-je, sembla quelque temps le *nec plus ultra*, le dernier terme auquel l'observation et le raisonnement pussent nous conduire; quelques années s'étaient écoulées à peine, et déjà le travail de Corvisart avait vieilli, déjà de nouvelles excursions dans le champ des découvertes l'avaient laissé bien loin en arrière. L'auscultation, confirmant la plus grande partie des faits avancés par Corvisart, découvrant à nos sens ce qu'il n'avait souvent aperçu qu'au travers du voile de l'analogie et de l'induction, avait aussi rectifié quelques erreurs et ajouté aux vérités déjà connues, des vérités plus nombreuses, plus certaines, et que Corvisart lui-même était loin de prévoir. Dès lors, devenu incomplet, le livre du célèbre archiâtre avait besoin d'un supplément. Le professeur Laennec y a pourvu en consacrant aux maladies du cœur une bonne partie de son traité de l'auscultation médiate; mais il nous manquait un livre élémentaire qui réunît à la fois les découvertes de l'un et de l'autre auteurs, c'est ce vide que M. Bertin a voulu combler. Personne mieux que lui ne pouvait entreprendre un semblable travail; pourvu d'observations nombreuses et recueillies sous ses yeux, il a pu discerner dans les écrits de ses prédécesseurs, le vrai du faux, le certain de l'hypothétique; il a pu même enrichir la science de plusieurs remarques nouvelles, la plupart fort importantes et que nous ferons ensuite ressortir dans l'analyse que nous allons entreprendre. Le D.r Bouillaud, qui déjà plusieurs fois avait avec succès exercé sa plume sur des sujets analogues, l'a consacrée à la rédaction de ce traité auquel il a fourni aussi des matériaux; la pureté et la clarté de son style ajoutent beaucoup au mérite de l'ouvrage.

Une introduction assez étendue est destinée à la description anatomique du cœur et de ses annexes et à l'exposition du phénomène physiologique de la circulation dans l'état sain. Aux connaissances généralement répandues dans les livres élémentaires, les auteurs ont ajouté celles que nous devons à l'auscultation. Il ont consacré quelques articles à l'étude du rythme, du bruit, du choc et de l'étendue des battemens du cœur, tels que l'oreille peut les apprécier dans l'état sain. D'après le professeur Laennec, « sur la durée totale du temps nécessaire aux contractions successives des diverses parties du cœur, un tiers ou un quart est rempli par la systole des oreillettes; un quart ou un peu moins, par un repos absolu; et la moitié par la contraction des ventricules. » Le bruit est double; celui des oreillettes fort court et plus clair ressemble à une sorte de claquement; celui des ventricules est plus sourd et accompagné d'un choc plus ou moins violent. Ce bruit s'entend souvent dans une grande étendue du thorax, surtout à gauche, mais celui qu'on entend vers le sternum ou à droite, appartient plutôt aux cavités droites du cœur, et *vice versa*. Ces données sont suivies d'un court historique qui conduit aux maladies de l'aorte; elles sont l'objet du livre premier.

Suivant nos auteurs, l'inflammation de l'aorte et surtout celle de la membrane interne est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément, et cette inflammation se propage souvent à la membrane interne du cœur, de l'artère pulmonaire : la rougeur de cette membrane interne, l'épanchement d'une lymphe concrescible, l'oblitération des vaisseaux, telles sont les traces que laisse l'inflammation aiguë. Les incrustations calcaires ou cartilagineuses, les végétations, les ulcérations et les ruptures prouvent l'existence d'une phlegmasie chronique, et les auteurs s'appuient à ce sujet du docteur Rayer qui attribue à une inflammation chronique toutes les transformations osseuses ou ossiformes. Le diagnostic de cette inflammation est souvent obscur. La violence des battemens de l'artère en est le signe principal; on sait que les artères pulsent avec force dans un membre enflammé (panaris, etc.) Les symptômes de la phlegmasie de tout l'intérieur du système sanguin se confondent d'ailleurs avec les fièvres essentielles et primitives qu'elle complique souvent. En général on peut dire qu'il existe presque toujours une irritation plus ou moins considérable de l'aorte toutes les fois qu'il s'allume une fièvre extrêmement violente. Le traitement de cette maladie est celui de toutes les inflammations.

Un des effets de cette inflammation est d'affaiblir le tissu du vaisseau, et d'en favoriser la dilatation générale ou partielle. De là, l'*anévrysme vrai* de l'aorte. L'inflammation chronique est aussi, d'après la remarque de Scarpa, la cause ordinaire de l'*anévrysme faux*. Cette inflammation est encore la cause de la corrosion produite par les os et par les tumeurs anévrysmales. Ce n'est point une usure ou un écrasement lent, c'est une inflammation ulcéreuse qui se propage du sac anévrysmal aux parties qu'il touche. Quoi qu'il en soit de cette étiologie, elle est suivie d'un article

non moins important, celui du diagnostic des anévrysmes de l'aorte pectorale, sur le compte duquel M. Laennec lui-même est resté dans l'incertitude. M. Bouillaud a déjà proposé ailleurs le signe principal qu'il reproduit dans cet ouvrage, et qui nous paraît basé sur une fort bonne théorie, ainsi que sur des observations exactes. Ce signe est l'existence des battemens simples, entendus sous le sternum et les cartilages des côtes. Ce moyen de diagnostic est, selon lui, applicable aux anévrysmes de l'aorte abdominale.

L'opinion de MM. Bertin et Bouillaud, sur les causes de l'anévrysme, les conduit naturellement à insister fortement sur l'importance du traitement de Valsalva et d'Albertini. Ils y voient un motif de plus que ces auteurs mêmes, c'est que ce traitement agit à la fois sur la cause du mal comme antiphlogistique et sur le mal même en ralentissant la circulation.

Après quelques considérations sur le rétrécissement de l'aorte, destinées seulement à démontrer le vague et l'incertitude qui règnent encore sur la nature et sur les symptômes de cette affection, nos auteurs passent à l'histoire de diverses maladies des valvules et des ouvertures du cœur.

Les valvules s'endurcissent fréquemment, surtout dans les cavités gauches du cœur; alors ordinairement elles se déforment et souvent rétrécissent les ouvertures qu'elles garnissent; tantôt fibro-cartilagineuses, tantôt osseuses ou pierreuses, elles deviennent inhabiles à remplir leurs fonctions; elles donnent naissance à des végétations nommées *verruqueuses* par le professeur Laennec, mais il en est de si molles que les auteurs proposent de les nommer *albumineuses*. C'est le bord des valvules aortiques qui en est le siége le plus ordinaire. Dans ces divers cas le diagnostic était autrefois très-obscur, et Corvisart n'avait reconnu que le bruissement, qui n'est pas toujours appréciable au tact, et quelques altérations du pouls qui ne peuvent s'observer que dans les lésions de l'orifice aortique. L'auscultation a percé ces ténèbres; le *bruit de lime* ou de soufflet est devenu le signe caractéristique du rétrécissement des orifices du cœur, et le raisonnement a fait la part des diverses espèces de rétrécissement; aussi le bruit du soufflet appartient à l'induration cartilagineuse, celui de lime à l'induration osseuse, et la période des mouvemens du cœur à laquelle ce bruit se fait entendre indique si c'est un orifice auriculaire ou un orifice artériel qui est rétréci, tandis que le côté qui propage plus fortement ce son caractéristique désigne aussi à quel côté du cœur appartient la lésion. Le raisonnement est également d'accord avec l'expérience, pour rendre compte des altérations qu'offrent dans ces divers cas et la circulation et la respiration. Nous en reparlerons un peu plus loin. Le traitement palliatif convient seul à ces affections, et la saignée joue encore ici le principal rôle.

Le livre 2.e a trait aux maladies du cœur et à celles de ses enveloppes extérieures.

C'est par celles-ci qu'il commence : 1.° la péricardite, qui se reconnaît sur

le cadavre à la rougeur de la membrane et aux épanchemens plus ou moins troubles qu'elle renferme, offre pendant la vie des signes souvent ambigus. La fièvre, la douleur, la petitesse du pouls, sont les principaux caractères de la péricardite aiguë; le *bruit de cuir neuf* indiqué par le docteur Collin, a besoin d'être mieux constaté. La phlegmasie chronique est bien plus obscure encore. Le docteur Sander parle d'un mouvement d'ondulation visible à l'extérieur, dont la certitude n'est pas encore bien établie. Je ne dis rien des causes et du traitement de ces affections, objets communs à la majorité des phlegmasies. 2.° L'hydro-péricarde et le pneumo-péricarde n'offrent pas moins d'incertitude. M. Laennec dit pourtant avoir entendu un bruit de fluctuation très-marqué, déterminé par les contractions du cœur et par les inspirations un peu fortes. Les maladies de la substance musculaire du cœur offrent des considérations plus intéressantes et plus étendues.

1.° L'hypertrophie ou épaississement des parois diffère essentiellement de l'anévrysme même actif, qui consiste toujours dans une dilatation des cavités; l'hypertrophie au contraire peut exister sans dilatation, et même avec rétrécissement des cavités du cœur. M. Bertin a le premier établi cette importante distinction, et ses remarques l'ont porté à distinguer trois sortes d'hypertrophie, qu'il nomme hypertrophie simple, hypertrophie *excentrique* (dilatation) et hypertrophie concentrique (rétrécissement.)

L'hypertrophie est toujours active; toujours elle est l'effet d'une sur-excitation, d'une sorte d'inflammation, et par cela même, elle active outre-mesure les fonctions du cœur. On a donc eu raison de la regarder comme prédisposant aux hémorrhagies actives, à l'apoplexie, aux inflammations, mais on a eu tort de lui attribuer l'irrégularité, l'intermittence, la petitesse du pouls, tous phénomènes dus à divers rétrécissemens des orifices du cœur. Cette seconde distinction qui découle nécessairement de la première, ne peut manquer d'être généralement accueillie, et c'est un des points les plus importans de l'ouvrage qui fait le sujet de cette analyse. La force du choc et sa dureté, la grande étendue des surfaces où le bruit est perceptible, et en même temps le caractère sourd et obscur de ce bruit, voilà les principaux signes de l'hypertrophie; et les principes généraux exposés à l'occasion des phénomènes physiologiques des mouvemens du cœur donnent les moyens de reconnaître quelle portion de l'organe est particulièrement affectée. C'est ici surtout que devient applicable, pour les raisons déjà exposées plus haut, le traitement de Valsalva et d'Albertini.

2.° La dilatation ou l'anévrysme du cœur peut être accompagnée d'hypertrophie ou d'amincissement. Ce dernier cas forme *l'anévrysme passif* de Corvisart. Un obstacle au cours du sang en est la cause la plus ordinaire, et sa formation est purement mécanique; la rougeur ou la lividité qu'on observe en pareil cas est l'effet d'un engorgement veineux du cœur. La mollesse, la faiblesse de l'impulsion, le peu d'étendue du bruit et la clarté de ce même bruit, composent un ensemble de caractère directe-

ment opposé à ceux de l'hypertrophie ; c'est ici sur-tout que le pouls peut perdre de sa force et non de sa régularité.

3.° L'atrophie du cœur diffère de l'amincissement, en ce que toutes les dimensions de l'organe se réduisent à-la-fois. C'est plutôt une affection symptomatique qu'une maladie essentielle.

4.° A l'inflammation du cœur, sont rapportés, par MM. Bertin et Bouillaud, le ramollissement, l'induration, l'ossification, etc., et la gangrène du cœur. Nous avons vu qu'ils regardent l'inflammation de la membrane interne du système sanguin, comme accompagnant presque toutes les fièvres essentielles. Il en est de même du ramollissement du cœur. Tout cela me paraît encore au moins aussi douteux, que le diagnostic de ces sortes de lésions est difficile et obscur.

A partir de ce point, le flambeau de l'observation qui jusqu'ici avait constamment guidé nos auteurs, les abandonne tout-à-fait; ce n'est plus sur des faits nombreux et détaillés observés par eux-mêmes, c'est sur l'autorité de divers écrivains qu'ils appuient leurs assertions; c'est sur l'analogie ou la théorie seulement qu'ils basent le reste de leur travail.

Le diagnostic de ces affections, leur traitement, ne sont plus que des sujets de conjecture, et l'anatomie pathologique seule leur offre encore quelques données positives. Terminons par une liste abrégée des maladies qui composent cette partie heureusement peu considérable du livre. 1.° Cancer et diverses productions accidentelles du cœur qui n'ont pas d'analogue dans les tissus de l'économie animale; 2.° maladies des vaisseaux du cœur; 3.° maladies des nerfs (ou névroses) du cœur; 4.° maladies du tissu graisseux du cœur; 5.° vices de conformation et de position du cœur; 6.° polypes ou concrétions sanguines. Ces divers articles sont traités aussi complètement que le permet l'imperfection de nos connaissances actuelles; mais on ne peut s'empêcher d'en conclure que nous sommes loin encore du terme des travaux relatifs aux maladies du cœur. Espérons que la rapidité de l'essor donné à cette branche de la pathologie par les découvertes modernes se soutiendra assez vigoureusement pour faire vieillir le livre de MM. Bertin et Bouillaud, comme le leur a fait vieillir ceux qui l'ont précédé. En attendant nous le croyons indispensable à tous ceux qui veulent se mettre au courant de l'état actuel de la science. Je ne signalerai point quelques légères imperfections qui m'ont à peine frappé pendant la lecture que j'en ai faite; quel ouvrage est exempt d'imperfections? Je ne perdrai point non plus le temps à opposer mes opinions à celles des auteurs, relativement à l'importance du rôle qu'ils font jouer à l'inflammation; je n'insisterai pas non plus sur ces rougeurs qu'ils attribuent constamment à l'inflammation de l'aorte, et que je crois être le plus souvent un effet de *teinture* et de transsudation cadavérique (1). Peut être est-ce moi qui ai tort; peut être aussi un juste milieu

(1) Essai de la nature de la fièvre, etc., t. 1, p. 208 et 495.

serait-il le parti le plus sage à prendre entre les deux extrêmes, et dans tous les cas ce ne serait pas à moi, partie adverse, à juger le différend.

ANT. DUGÈS.

---

*Elémens de physiologie de M.* MARTINI; *traduits du latin par M.* RATIER.

On reconnaît dans l'ouvrage de M. Martini le produit d'une imagination ardente et d'une élocution facile. Ce livre ne fera point oublier les nôtres. Cependant il a bien aussi son mérite. A bien le prendre, ce n'est point un traité complet de physiologie; néanmoins l'auteur a pris dans toutes les branches de cette science. On voit qu'il a rarement eu recours aux expériences pour écrire, ce qui fait que l'ouvrage est tout en théorie et qu'il n'y est presque pas question des faits. On pourrait même lui reprocher de s'élever trop souvent aux vues métaphysiques. M. Martini laisse continuellement percer les sentimens d'une âme pieuse et remplie d'admiration et de respect pour la puissance qui gouverne l'univers. Il exprime ce qu'il éprouve avec aisance, avec éloquence même, au point que parfois il semble plutôt faire de la morale que de la physiologie. Mais il le fait toujours avec justesse; ses pensées sont toujours grandes, élevées, et ses doctrines quelquefois brillantes. En le lisant on ressent du plaisir et jamais de fatigue.

L'ordre qu'il a suivi, sans différer essentiellement de celui que préfère M. Richerand, n'est pas tout-à-fait le même cependant. Ainsi dans une première partie, sous le titre de généralités, divisée en trente chapitres, il traite successivement de l'importance de la physiologie, de son histoire, etc.; du principe vital, des différens systèmes ou tissus, des fonctions, des sexes, de l'instinct, des variétés de l'espèce humaine, de la mort, etc.

Dans la seconde, qui n'est pour ainsi dire que la paraphrase de la première, il adopte la division de Bichat pour les fonctions, et traite en trois ordres différens des fonctions nutritives, animales et génitales. Dans l'examen des actes de l'économie, M. Martini semble avoir beaucoup emprunté aux Allemands, tandis qu'en général il emploie peu les nombreux et importans travaux des physiologistes français, auxquels, du reste, il rend souvent hommage. Au surplus, il n'était pas possible de traiter à fond de la plus vaste des connaissances humaines, dans un volume de 550 pages; mais ici on peut adresser un reproche à l'auteur. En effet, puisqu'il voulait se renfermer dans un aussi petit cadre, au moins il n'aurait pas dû consacrer plus de deux cents pages aux généralités.

Quoi qu'il en soit, ce petit ouvrage mérite d'être lu. Ceux qui connaissent la matière n'y apprendront rien, mais ils y trouveront un délassement; les gens du monde le consulteront avec plaisir. Le style en est si clair et si pur, que ces agrémens seuls devraient engager à le lire, et sous ce rapport au moins nous devons des remercîmens au traducteur, qui a su rendre très-exactement, s'il ne les a pas embellies dans la version française, les fleurs de l'original latin. VELPEAU.

FIN DU SIXIÈME VOLUME.

# TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE SIXIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.